

Alkoholismus als biographisches Ereignis am Beispiel chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker unter besonderer Berücksichtigung der Eigen - und Fremdsicht der Betroffenen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Philosophischen Fakultät III

der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Armin Schachameier

aus Weiden

Würzburg

- 2007 -

Erstgutachter: Prof. Dr. Hans Joachim Petsch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Günther Bittner

Tag des Kolloquiums: 26.06.2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	8
2. Alkoholismus als Krankheit.....	12
2.1 Geschichte	13
2.2 Weitere Typologien und Verlaufsformen	21
2.3 Definitionsversuche der WHO	27
2.4 Eine ungewöhnliche Definition: Abhängigkeit ohne Folgeschäden?	31
2.5 Missbrauch und Abhängigkeit – ICD und DSM	34
2.6 Diagnosefragebögen.....	40
3. Fazit	45
4. Epidemiologie des Alkoholismus	48
5. Alkoholstoffwechsel.....	55
5.1 Resorption und Verteilung	55
5.2 Der Abbau	56
5.3 Die Wirkungsweise des Alkohols	60
6. Ursachen.....	63
6.1 Soziale Aspekte	66
6.1.1 Soziokulturelle Einflüsse.....	66
6.1.2 Soziale Beziehungen als Einflussfaktor	70
6.1.3 Soziale Lebensbedingungen.....	72
6.1.4 Massenmedien und Werbung	74
6.1.5 Einflüsse der modernen Industriegesellschaft.....	74
6.2 Soziologische Theorien.....	76
6.3 Genetische Ursachen	79
6.4 Neurobiologische Ursachen	86
6.5 Psychodynamische Theorieansätze.....	95
6.6 Verhaltenstherapeutische Ansätze.....	100
6.7 Systemische Theorien.....	108

6.8 Theorieansätze aus entwicklungspsychologischer Perspektive.....	111
6.9 Die Selbstkonzepttheorie	113
7. Fazit	115
8. Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholmissbrauch	116
8.1 Psychische Folgestörungen	116
8.2 Komorbidität von Alkoholismus.....	119
8.3 Soziale Folgeschäden.....	123
8.4 Körperliche Folgeschäden	126
8.4.1 Alkoholentzugssyndrom.....	126
8.4.2 Psychiatrische Störungen	130
8.4.3 Organstörungen	133
8.4.4 Weitere Störungen.....	156
8.4.5 Zusammenfassung	175
8.5 Kognitive Folgeschäden	176
8.5.1 Neuronale und neuroanatomische Grundlagen kognitiver Prozesse.....	177
8.5.2 Das autobiographische Gedächtnis	178
8.5.3 Störungen neuronaler und biochemischer Prozesse	179
8.5.4 Hirnorganische Schädigungen durch chronischen Alkoholkonsum	181
8.5.5 Wernicke-Korsakow-Syndrom.....	184
8.5.6 Frontalhirnatrophien.....	188
8.5.7 Alkoholische Kleinhirnatrophie	197
8.5.8 Rückbildung	198
8.6 Weitere neurologische Störungen	200
8.7 Fazit	204
9. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.....	205
10. Diskussion.....	215
11. Alkoholismustherapie und Behandlungskompartmente.....	217
11.1 Die Kontaktphase	218
11.2 Entgiftungs- bzw. Entzugsphase	218
11.3 Die Entwöhnungsphase	219
11.4 Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase	220

11.6 Entwöhnungsbehandlung mit alkoholsensibilisierenden Medikamenten	223
11.7 Psychotherapie	224
11.8 Abwehrmechanismen	227
12. Die Soziotherapie.....	233
13. Fazit	240
14. Das pädagogische Interesse an der Erforschung von Alkoholismus als biographisches Ereignis.....	242
14.1 Zur Definition von ‚Gesundheit‘ , ‚Krankheit‘ und ‚Alkoholismus‘	242
14.2 Von den definitorischen Problemen von ‚Gesundheit‘, ‚Krankheit‘ und chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen (CMA) zu einer biographischen Perspektive von Alkoholismus und CMA	247
14.3 Krankheit als Normalfall in der menschlichen Biographie.....	254
14.4 Das Interesse der Erziehungswissenschaft – ist Krankheit als biographisches Ereignis bildend? – Eine erste Annäherung	257
14.5 Bildungstheorie und das biographische Interesse der Erziehungswissenschaft	260
15. Rund um die Soziotherapie: Wo kommt das Subjekt zu Wort?.....	266
16. Die Sichtweise der Therapeuten – von der ‚doppelten‘ zur ‚dreifachen Subjektivität‘	276
17. Erhebung, Transkription und Interpretation – das Forschungsdesign der Arbeit	281
18. Annäherung an die Erhebungsmethode der Arbeit.....	283
18.1 Qualitative Sozialforschung	283
18.2 Die Abgrenzung zu quantitativen Ansätzen	290
18.3 Die Methode: (Pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode der qualitativen Sozialforschung	295
18.4. Die Erhebungsmethode – das narrative Interview.....	306
18.5. Die Transkription des Datenmaterials	314
18.6 Die wissenschaftliche Methode - das Interpretationsverfahren der Arbeit.....	317
19. Interpretation der Interviews	326
Interpretation Person A.....	327

<i>Interpretation Person B.....</i>	<i>336</i>
<i>Interpretation Person C.....</i>	<i>345</i>
<i>Interpretation Person D</i>	<i>356</i>
<i>Interpretation Person E.....</i>	<i>368</i>
<i>Interpretation Person F.....</i>	<i>376</i>
<i>Interpretation Person G</i>	<i>386</i>
<i>Interpretation Person H</i>	<i>396</i>
<i>Interpretation Person J</i>	<i>411</i>
<i>Interpretation Person K.....</i>	<i>422</i>
<i>Interpretation Person L.....</i>	<i>435</i>
<i>Interpretation Person M.....</i>	<i>445</i>
<i>Interpretation Person N</i>	<i>450</i>
<i>Interpretation Person O</i>	<i>456</i>
<i>Interpretation Person P.....</i>	<i>466</i>
<i>Interpretation Person Q</i>	<i>472</i>
<i>20. Ergebnisse.....</i>	<i>487</i>
<i>21. Erkenntnisse für die Soziotherapie.....</i>	<i>499</i>
<i>22. Forschungsperspektiven</i>	<i>505</i>
<i>23. Literaturverzeichnis.....</i>	<i>507</i>
<i>24. Selbstständigkeitserklärung</i>	<i>541</i>
<i>25. Lebenslauf</i>	<i>542</i>
<i>26. Danksagung</i>	<i>544</i>

<i>27. Anhang.....</i>	<i>546</i>
<i>Interview A.....</i>	<i>546</i>
<i>Therapeuteninterview A.....</i>	<i>550</i>
<i>Interview B.....</i>	<i>553</i>
<i>Therapeuteninterview B.....</i>	<i>562</i>
<i>Interview C.....</i>	<i>565</i>
<i>Therapeuteninterview C.....</i>	<i>572</i>
<i>Interview D.....</i>	<i>574</i>
<i>Therapeuteninterview D.....</i>	<i>583</i>
<i>Interview E.....</i>	<i>586</i>
<i>Therapeuteninterview E.....</i>	<i>589</i>
<i>Interview F.....</i>	<i>591</i>
<i>Therapeuteninterview F.....</i>	<i>598</i>
<i>Interview G.....</i>	<i>600</i>
<i>Therapeuteninterview G.....</i>	<i>605</i>
<i>Interview H.....</i>	<i>608</i>
<i>Therapeuteninterview H.....</i>	<i>613</i>
<i>Interview I.....</i>	<i>615</i>
<i>Therapeuteninterview I.....</i>	<i>619</i>
<i>Interview J.....</i>	<i>621</i>
<i>Therapeuteninterview J.....</i>	<i>628</i>
<i>Interview K.....</i>	<i>631</i>
<i>Therapeuteninterview K.....</i>	<i>638</i>
<i>Interview L.....</i>	<i>641</i>
<i>Therapeuteninterview L.....</i>	<i>647</i>
<i>Interview M.....</i>	<i>649</i>
<i>Therapeuteninterview M.....</i>	<i>651</i>

<i>Interview N</i>	653
<i>Therapeuteninterview N</i>	656
<i>Interview O</i>	658
<i>Therapeuteninterview O</i>	665
<i>Interview P</i>	667
<i>Therapeuteninterview P</i>	670
<i>Interview Q</i>	673
<i>Therapeuteninterview Q</i>	689
Einwilligung und Datenschutz	692
<i>Internet</i>	693
Konzeption des Reha – Zentrums – Oberpfalz e.V.	696

1. Einleitung

Der Verfasser der Arbeit wirkt seit 2004 als Therapeutischer Leiter im Reha – Zentrum Oberpfalz e.V. – dies ist eine stationäre soziotherapeutische Einrichtung für alkoholabhängige Männer und Frauen.

Viele der Patienten sind schon über mehrere Jahre in dieser Einrichtung und zählen zu dem Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken, der erst in den letzten Jahrzehnten verstärkt Beachtung gefunden hat.

Dabei haben verschiedene Suchtexperten versucht, diesen Personenkreis zu definieren. (vgl. z.B. Küfner et al. 1999; 25; Hilge et. al, 1999; Fleischmann/Wodarz, 1999; Leonhardt /Mühler 2006), vor allem auch, um die Notwendigkeit des Hilfebedarfes für dieses spezielle Klientel den Kostenträgern gegenüber zu rechtfertigen.

Dies geschieht auch auf dem Hintergrund von immer knapper werdenden Geldern der öffentlichen Hand. So finden derzeit einschneidende administrative Veränderungsprozesse im sozialen Bereich statt. Die Kostenträger verlangen verstärkt Nachweise über die Verwendung ihrer Gelder.

Eine Folge für den Bereich der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen ist die Einführung des Gesamtplanverfahrens nach SGB XII § 58. (vgl. Boorberg 2004, 27) Demnach sind die Leistungserbringer gesetzlich verpflichtet, nach schematisierten Hilfeplanungs – und Entwicklungsberichten den Leistungsträgern Auskunft über die Entwicklung der Therapie zu geben. (vgl. AG Gesamtplanverfahren 2004) Dabei werden die betroffenen Menschen nach Hilfebedarfsstufen kategorisiert.

Insgesamt lässt sich ein Trend erkennen, der verstärkt auf eine Zweckrationalisierung abzielt, um Kosten besser verteilen oder sparen zu können. Dies ist einerseits sicherlich ein notwendiger Schritt, um einen verantwortungsbewussten Umgang mit den öffentlichen Geldern zu gewährleisten. Gleichzeitig birgt dies jedoch die Gefahr eines Reduktionismus in sich, bei dem die Menschen, die hinter diesen Definitionen und Hilfebedarfsstufen stecken, nicht mehr angemessen gesehen werden.

Aus diesen Entwicklungen ist ein erstes wesentliches Anliegen dieser Arbeit entstanden, verstärkt das subjektive Erleben dieser Menschen wissenschaftlich zu erfassen mit dem Ziel, diesem Trend der Kategorisierung und Objektivierung entgegenzutreten.

Ferner zielen auch die Mehrzahl der Untersuchungen und Studien im Suchtbereich auf eine Operationalisierung von Merkmalen ab, um Aussagen über Ursachen, Veränderungen und Entwicklungen statistisch belegen zu können. Auch dies ist immer mit einer Reduktion der beforschten Menschen zu Gunsten von Items und Kategorien verbunden.

Im Gegensatz zu diesen auf Evidenzbasierung abzielenden quantitativen Forschungsprojekten gibt es eher weniger qualitative Arbeiten, welche auf die Erfassung von individuellen Sinnstrukturen der Betroffenen abzielen. Mit dieser Dissertation, die versucht, das Innenleben der betroffenen Menschen zu verstehen, möchte der Verfasser auch einen Beitrag leisten, der dieser doch mehr einseitigen Orientierung im Bereich der Suchtforschung entgegenwirkt.

Aber auch darüber hinaus ist in dem breiten Forschungsfeld von Krankheit und Gesundheit dieser Trend der Objektivierung und Kategorisierungen durch Definitionen und Diagnosen zu erkennen. So zielt beispielsweise auch die WHO in den Internationalen Klassifikationen der Erkrankungen (ICD – 10) auf eine statistisch – quantitative Erfassung der einzelnen Störungsbilder ab. „Die ICD – 10 Forschungskriterien ... sind ... operationalisierte Kriterien, die für wissenschaftliche Untersuchungen zu einer Stichprobenhomogenisierung beitragen sollen.“ (vgl. Dilling 2004, 9)

Durch diese Klassifizierungen geht jedoch der Blick für das subjektive Erleben der Betroffenen verloren. Die Lebenszusammenhänge, sowie die Verortung der Krankheit im Leben der Menschen, werden dabei nicht erfasst.

„Der ‚Sitz im Leben‘ aller dieser Ereignisse, die wir Krankheiten nennen, ist zu verschieden: da gibt es die akuten, (...) die restlos ausheilen und dann keine Spur im Leben, oft nicht einmal mehr in der Erinnerung der Betroffenen zurücklassen (...) Es gibt die chronischen Krankheiten, die uns lebenslang begleiten, die das Leben verkürzen oder es mehr oder weniger einschneidend verändern. Es gibt Krankheiten, die sich fortwährend durch Schmerz bemerkbar machen, und andere, von denen man über lange Jahre überhaupt nichts merkt. Medizinisch wie psychologisch gilt, dass man über die einzelnen Krankheiten oft sehr viel, über Krankheit im allgemeinen nur wenig aussagen kann.“ (Bittner 2001, 201)

Krankheit gehört zwar zu den menschlichen Grunderfahrungen, und dennoch ist eine Definition immer nur aus einer individuellen Perspektive heraus möglich. Abhängig davon, wie Krankheit erlebt wurde, wie lange das Kranksein gedauert hat, wie schwer die

Erkrankung war, welche Folgen sie hatte, hinterlässt sie im Gedächtnis eines jeden Menschen ihre Spuren. (vgl. ebd., 201)

Deswegen werden in dieser Dissertation Ich-Erzählungen über das Leben von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen betrachtet, um zu sehen, wie die Krankheit, der langjährige schwere Alkoholismus, im Leben dieser Menschen eingebettet ist.

Alkoholismus wird als biographisches Ereignis erforscht. Dazu wurden narrative Interviews mit Betroffenen erhoben, transkribiert und interpretiert.

Außerdem vertritt diese erziehungswissenschaftliche Arbeit die Hypothese, dass das Leben und damit auch Lebensereignisse wie Krankheit, einen bildenden Charakter haben.

„Alles menschliche Leben ist Lerngeschichte“ (Henningsen 1981, S. 7) und „Lebenslauf ist Bildungsschicksal“ (ebd., 11) sagte schon Henningsen.

Somit ist das Ziel dieser Arbeit, die autobiographischen Erzählungen der betroffenen Menschen zu verstehen und unter dem Aspekt der Bildung zu betrachten.

Diese Überlegungen basieren auf den Gedanken Günther Bittners, der dafür plädiert, Krankheit als Lebensereignis aus einer biographischen Perspektive zu betrachten. (vgl. Bittner 2001, 201 f.) Die wissenschaftliche Methode, die er hierfür entwickelt hat, ist die hermeneutische Psychologie (vgl. Bittner 2001, 58; vgl. Bittner 1998, 55 f.)

Die Grundgedanken dieser Methode gehen auf Wilhelm Dilthey zurück, auf den Begründer der geisteswissenschaftlichen Hermeneutik. Er hat das naturwissenschaftliche Erklären dem geisteswissenschaftlichen Verstehen gegenübergestellt:

„Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir“ (Dilthey 1894 zit. n. Danner 1989, 35)

Das Wort ‚Hermeneutik‘ drückt dabei aus, dass etwas zum Verstehen gebracht werden soll. (vgl. Danner 1998, 31) Nach Dilthey setzt geisteswissenschaftliche Erkenntnis beim Erleben des Menschen an, auch bei dessen Geschichte. (vgl. Danner 1998, S. 20)

Bittner möchte Lebensfäden aufnehmen und durchleuchten, um Bereiche zu erforschen, an die quantitative, aber teilweise auch qualitative Forschungsmethoden bisher nicht herangekommen sind:

„So stelle ich mir eine ‚neue‘ Psychologie vor, die Dinge ‚aus der Nähe‘ aus der Partizipation, aus dem Zusammenhang des Lebens heraus betrachtet: nicht ‚Daten‘ als Materialbasis für

Zusammenhänge nimmt, sondern Erlebnisse, die sich vorzüglich in Ich-Erzählungen, in ‚Geschichten‘ artikulieren – Geschichten, die in einem Sinnzusammenhang stehend interpretiert werden; (...) – das wäre das Programm einer Psychologie ‚aus der Innenperspektive‘, einer Lebensäußerungen auslegenden, interpretierenden, eben einer hermeneutischen Psychologie.“(Bittner 2001, 58)

Darauf aufbauend verfolgt also diese Arbeit, entgegen dem Forschungstrend von Objektivierung und Kategorisierung, das Ziel, Lebensgeschichten mit dem Krankheitsereignis *Alkoholismus* aus einer subjektiven Betroffenenperspektive unter dem Aspekt der Bildung zu betrachten.

In dieser Tradition wurden bereits einige Arbeiten verfasst, die ebenfalls Krankheit als Bildungsereignis verstanden haben. So z.B. die Untersuchung der Herzneurose von Michael Hager (vgl. Hager 2004), oder die Erforschung von Lebensgeschichten älterer Menschen von Ilona Biendarra (vgl. Biendarra 2005)

Darüber hinaus soll mit Hilfe der zusätzlichen Fremdperspektive der Therapeuten in Bezug auf die jeweiligen Betroffenen Geschichten ein vertieftes Verständnis der Lebensgeschichten erlangt werden.

Um in der Folge jedoch zu den Erzählungen der Betroffenen vorzudringen, ist es zunächst notwendig, sich mit dem gegenwärtigen Stand der Suchtforschung auseinanderzusetzen, um die angesprochenen Trends aufzuzeigen und kritisch zu beleuchten.

Dabei wird zunächst die Krankheit *Alkoholismus* allgemein erläutert. Der Verfasser wird auf die Geschichte, die Epidemiologie, die Ätiologie und die Folgeschäden ausführlich eingehen, um auf dieser Basis das Krankheitsbild sowie die zahlreichen Definitionsversuche chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger zu verstehen.

Anschließend erfolgt eine Erläuterung des Krankheitsverständnisses, um darauf aufbauend das erziehungswissenschaftliche Interesse an ‚Alkoholismus als biographisches Ereignis‘ zu begründen. Schließlich werden die oben angesprochenen Trends in der Soziotherapie sowie die Hinzunahme der Fremdsicht beschrieben, um dann über einen wissenschaftstheoretischen Diskurs die wissenschaftliche Methode der hermeneutischen Psychologie zu verorten.

Schließlich folgt die Interpretation der Interviews und am Schluss der Versuch, daraus Erkenntnisse für die Therapie abzuleiten.

2. Alkoholismus als Krankheit

Auf der einen Seite ist der Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft sehr weit verbreitet und viele Menschen können kontrolliert und maßvoll trinken. Andererseits gibt es eine vergleichsweise kleinere Anzahl von Menschen, die durch ihr Trink- und Sozialverhalten auffallen und dadurch stark von der breiten Masse und den gesellschaftlich akzeptierten Normen abweichen. Zu dieser letzten Gruppe gehören die chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken. Auch dem „Nichtexperten“ fallen diese Menschen auf, da der oft jahrzehntelange Konsum zu massiven sozialen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen geführt hat. Hier ist das „Krankhafte“ sehr offensichtlich.

Doch wo sind die Grenzen zwischen normalem und pathologischem Trinken? Welche Lebensbereiche müssen beeinträchtigt sein, um von Alkoholismus als Krankheit sprechen zu können?

Eindeutige Übergänge sind wohl nur sehr schwer zu bestimmen und schon Eugen Bleuler sagte: „Am schwierigsten ist die Abgrenzung des Alkoholismus von der Gesundheit.“ (Bleuler 1979, 292)

Da diese Arbeit jedoch Krankheit, in diesem Falle Alkoholismus, als biographisches Ereignis untersuchen will, ist es notwendig, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen und zu analysieren welche Faktoren den pathologischen Alkoholkonsum ausmachen.

Dazu sollen zunächst geschichtliche Aspekte betrachtet werden, um auf dieser Basis die vor allem in der neueren Zeit entstandenen Definitionsversuche, Diagnoseinstrumente und Typologien genauer unter die Lupe zu nehmen.

2.1 Geschichte

Bereits in der Zeitspanne von 3000 v. Chr. bis Christi Geburt gab es Alkoholkulturen. Dazu zählten die Sumerer, Babylonier, Ägypter, Griechen und Römer. (vgl. Lindenmeyer 2001, 24) Diese Völker kannten Bier und Wein mit jedoch eher geringem Alkoholgehalt. Die Getränke wurden aus Fruchtsäften, Getreideprodukten oder seltener aus Honig sowie Milchzubereitungen hergestellt. Die Ägypter und Babylonier kannten bereits ca. 70 verschiedene Biersorten. Die Griechen und Römer bevorzugten Wein, während die Germanenstämme vor allem Kräuterbier und Met (Honigwein) tranken. Die natürlichen hefebedingten Vorgänge wurden dabei jeweils zunutze gemacht. (vgl. ebd.)

Im Gegensatz zur Gegenwart war Alkohol auf Grund der relativ kurzen Haltbarkeit und der mangelnden Transportmöglichkeiten jedoch nur begrenzt verfügbar. Somit gab es Alkohol nur in bestimmten Regionen und zu bestimmten Jahreszeiten. Vor allem zu Feierlichkeiten wurde teilweise auch sehr unkontrolliert getrunken, und es gab sogar „Wett-Trinken“ (vgl. ebd.)

Die Einstellung zum Alkohol war widersprüchlich: Die psychoaktive Alkoholwirkung, der Rausch also, wurde sehr geschätzt und zählte wie u.a. Trance, Meditation oder Ekstase zu den veränderten Bewusstseinszuständen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 2) Allerdings warnten bereits Philosophen der Antike, wie etwa Platon, Cicero oder Seneca, vor den negativen Folgen eines übermäßigen Konsums. (vgl. ebd., 3)

In der Zeit von Christi Geburt bis um 1400 n. Chr. entwickelte sich der Alkohol zum beliebtesten Volksgetränk. (vgl. Lindenmeyer 2001, 25) Es wurde meist sehr viel getrunken, zu den Trinkmotiven zählten die Verbrüderung und das zumindest kurzfristige Vergessen der damals sehr ausgeprägten sozialen Not. (vgl. ebd.)

Die Klöster wurden zu Zentren der Alkoholherstellung. Einmal hatte Wein als Blut Christi religiöse Bedeutung, und außerdem galt Bier als ideales Nahrungsmittel in der Fastenzeit.

In dieser Zeit entstanden auch die ersten Wirtshäuser, die zu bestimmten Jahreszeiten alkoholische Getränke verkauften.

Es kam auch zu den ersten Regulierungsversuchen, so sprach Karl der Große im Jahre 800 n. Chr. das erste Bierverbot aus, dabei sollte kein Graf betrunken zu Gericht sitzen, da offensichtlich angetrunkene Richter schwerwiegende Fehlurteile sprachen. (vgl. ebd.)

Aber insgesamt gab es im Mittelalter noch keine schwerwiegenden Alkoholprobleme, da die Getränke Most, Bier und Wein weiterhin einen geringen Alkoholgehalt hatten, und die alkoholischen Getränke immer noch nicht lange haltbar waren. (vgl. ebd.)

Zu einer ersten Alkoholkrise kam es im 16. und 17. Jahrhundert. Die Ursachen hierfür lagen in der Erfindung der Destillation von Alkohol. In Form von Branntwein stand nun ein hochprozentiges alkoholisches Getränk zur Verfügung, das sich in Europa rasch verbreitete. Dazu trugen die bessere Haltbarkeit und die besseren Transportmöglichkeiten durch den Ausbau der Infrastruktur bei. Aber auch die Söldnerheere des Dreißigjährigen Krieges trugen zur Verbreitung des Alkohols bei, da sie zur Erhöhung der Kampfbereitschaft als Teil des Soldatensoldes Branntwein bekamen. (vgl. Lindenmeyer 2001, 27)

Der Alkoholkonsum stieg dadurch enorm an, und die Alkoholprobleme nahmen zu. In manchen süddeutschen Städten wurden jeden Morgen mit Hilfe eines kleinen Wagens Betrunkene „aufgesammelt“, und in Württemberg zählte man beispielsweise vom Herbst 1540 bis zur Fastenzeit 1541 400 Menschen, die beim Zechen ums Leben kamen. (vgl. ebd.)

Die Folgen waren die Gründungen erster Abstinenzvereine, so z.B. im Jahre 1517 der „St.-Christoph-Orden zur Abstellung des Fluchens und des Zutrinkens“. Mit Schriften und Flugblättern wurde im Land vor den Gefahren des Alkohols gewarnt.

Die Unterscheidung zwischen Bier und Wein als harmlosem, und Schnaps oder Branntwein als heimtückischem Alkohol stammt aus dieser Zeit. (vgl. ebd.)

Es kam auch zur Erlassung von Rauschverboten, deren Zuwiderhandlung zu Geldstrafen führte, sowie zur Einführung einer Alkoholsteuer, beispielsweise im 17. Jahrhundert in Preußen.

Vor allem die vermehrte Verfügbarkeit alkoholischer Getränke, der höhere Alkoholgehalt und die verstärkte Etablierung in der Gesellschaft führte im Laufe der Geschichte zu immer größeren Problemen. Ein maßloser Konsum - vor allem mit hochprozentigem Alkohol - führte zu negativen Auswirkungen, für Einige sogar mit Todesfolge. Damit wurde deutlich, dass Alkohol in hohen Dosen toxisch auf den menschlichen Körper wirkt. Allerdings waren es weniger die heute bekannten körperlichen Langzeitfolgen, die Probleme machten, sondern mehr das fehlende Bewusstsein für einen maßvollen unmittelbaren Konsum. Die ersten Abstinenzvereine und die staatlichen Reglementierungen waren bestrebt, einen maßvolleren Umgang mit dem Alkohol in der Bevölkerung zu erzielen, da sich dieser offensichtlich nicht von selbst bei den Einzelnen einstellte. Ein wesentliches Phänomen des Alkoholkonsums lässt sich hier erkennen: der Drang, ständig die Dosis steigern zu wollen und die Gefahr, einen Kontrollverlust zu erleiden, aber offensichtlich auch die Notwendigkeit von äußeren Hilfen, Regelungen und Verboten. Und noch eine weitere Folge des sich immer weiter verbreitenden

Alkoholkonsums wird hier ersichtlich, nämlich die Auswirkungen über den Betroffenen hinaus auf die Umgebung. Die Arbeitswelt, das private und auch das öffentliche Umfeld können beeinträchtigt werden.

Diese erste Alkoholkrise klang bei der Mehrzahl der Bevölkerung wieder ab. Die Gründe hierfür lagen in der Entwicklung von kontrollierteren Sitten, beispielsweise durch die vornehmen Manieren der „höfischen Gesellschaft“. So wurde gesittetes und kontrolliertes Trinken von Alkohol zum festen kulturellen Bestandteil. (vgl. Lindenmeyer 2001, 28) Außerdem wurde sich auch zunehmend „neuen Drogen“ wie Tabak und Kaffee zugewandt. Während also die Mehrheit zu einem maßvollen Umgang mit Alkohol überging, gab es dennoch eine Minderheit, die weiterhin durch hemmungsloses Trinken auffiel und zum öffentlichen Ärgernis wurde. Diese Menschen wurden etwa ab dem Jahre 1650 zusammen mit Bettlern, Verbrechern, Dirnen, Verrückten und Sonderlingen in riesige Anstalten eingesperrt, um sie von der Öffentlichkeit fern zu halten und durch Zwangsarbeit für die Kosten ihrer Unterbringung aufkommen zu lassen. (vgl. ebd.)

Regelungen und gesellschaftliche Normen verhindern also nicht, dass ein Teil der Bevölkerung trotzdem mehr trinkt und dadurch sozial auffällig wird. Bei einigen Menschen ist der Drang zum Konsum so groß, dass eine Mäßigung nicht möglich ist. Jedoch wird die Schuld daran den Betroffenen selbst zugeschrieben, nämlich als ein Unvermögen, sich nicht kontrollieren zu können. Man hat den übermäßig Trinkenden vor allem Charakter- und Willensschwäche vorgeworfen (vgl. Schmidt 1999, 29), die Trunkenheit wurde als „Völlerei“ (Spode 1993, 116) und „mutwillige Unsinnigkeit“ (Spode 1993, 117) bezeichnet. Dadurch erfuhren diese Menschen eine starke Abwertung, man stellt sie auf eine Ebene mit Kriminellen und „Verrückten“ und versteckt sie in Anstalten. Ein Krankheitsverständnis ist zu dieser Zeit noch nicht vorhanden, allenfalls der Rausch als akuter Zustand wurde als pathologisch betrachtet. (vgl. ebd.)

Zu einer zweiten Alkoholkrise kam es ca. ab dem Jahr 1820 vor allem durch die Folgen der Industrialisierung. Durch die Landflucht entstanden in den Städten Elendsviertel. Die Menschen, die dort wohnten, waren besonders anfällig für Alkoholkonsum, um ihrem Elend zumindest für kurze Zeit zu entfliehen. Dies wurde durch die Auszahlung von Alkohol als Arbeitslohn nochmals verstärkt. Die Erfindung der Kältemaschine und neue Transportmöglichkeiten wie z.B. die Eisenbahn, sowie die Entstehung von Destillieren und

Brauereien führten zu niedrigeren Herstellungskosten und zu einer größeren Verbreitung. (vgl. Lindenmeyer 2001, 28)

So entwickelte sich ein Elendsalkoholismus, der zu vermehrten Krankenhauseinweisungen wegen Trunkenheit führte, aber auch zu einer Zunahme der Arbeitsunfälle in den Fabriken.

Die Folgen waren erste Mäßigungsbewegungen auf Anregung König Friedrich Wilhelm III. von Preußen, die jedoch mit der Revolution 1848 wieder zusammenbrachen.

Später entstanden jedoch Abstinenzvereine: 1885: Blaukreuz, 1889: Guttempler, 1896: Kreuzbund.

Auch kam es zur Entdeckung von Folgeproblemen: im Jahre 1787 entdeckte man die Nervenschädigung, 1793 die Leberzirrhose und 1813 das Delirium, das damals als „Gehirnfieber“ bezeichnet wurde. (vgl. ebd., 31)

Auch erste Trinkerheilstätten wurden gegründet, etwa 1851 in Lintorf bei Düsseldorf. 1914 gab es in Deutschland 54 Anstalten, die durch die berühmten 3 A's gekennzeichnet waren: Abgeschiedenheit, Andacht, Arbeit. (vgl. ebd.)

Ferner traten ab 1907 die Gewerkschaften vermehrt gegen Alkohol am Arbeitsplatz ein, aus nahe liegenden Gründen schloss beispielsweise die Dachdeckergewerkschaft einen entsprechenden Tarifvertrag ab. (vgl. ebd., 32)

Im 18. Jahrhundert wurden die Folgen des unvernünftigen Gebrauchs alkoholischer Getränke stärker in den Mittelpunkt gestellt, vor allem weil der Branntwein viel kritischer gesehen wurde. (vgl. Spode 1993, 122) Die Grade des Rausches werden genau klassifiziert und es wird zuweilen zwischen akuter und dauernder Unmäßigkeit unterschieden. (vgl. ebd.)

Vor allem die Entdeckung der körperlichen Langzeitfolgeschäden, aber auch die zunehmenden Klinikeinweisungen wegen schwerer Trunkenheit - oft im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen - veränderten das Bewusstsein und die Betrachtungsweise des Phänomens Alkoholismus. Es wurde erkannt, dass häufige Trunkenheit zu Krankheiten führen kann. (vgl. ebd., 123)

Es kam zu einem Paradigmenwechsel, der vor allem durch die Arbeiten der Ärzte Trotter, Rush, Hufland und Brühl - Cramer bewirkt wurde. (vgl. ebd., 124)

Die Wiege des neuen Alkoholwissens war die Universitätsstadt Edinburg. Dort hatte Hufland gegen Ende des 18. Jahrhunderts eine Theorie des zwanghaften Trinkens formuliert, die bis heute Bestand hat. (vgl. ebd., 126) Der Marinearzt Trotter hatte 1785 über die Trunkenheit und ihre Wirkung auf den menschlichen Körper promoviert. (vgl. Trotter 1804) Er sprach den

Trinker von moralischer Schuld frei und betrachtete die Trunksucht als ein Leiden, welches durch den Gebrauch alkoholischer Getränke hervorgerufen wird. (vgl. ebd.)

Ein weiterer Vertreter, der in Edinburg studiert hatte, war der amerikanische Arzt Rush. Er schilderte die körperlichen, sozialen und moralischen Folgeschäden des akuten und fortgesetzten Branntweinkonsums. (vgl. Rush 1814 zit. n. Spode 1993, 126) Rush eliminiert die Freiheit nicht gänzlich und ermöglicht noch ein gewisses Maß an Schuldzuweisung. (vgl. ebd., 127) Damit betrachtete er die Sucht als ein „Mittelding zwischen Laster und Krankheit“ (ebd., 127)

In Deutschland schrieb der Arzt Carl v. Brühl-Cramer (1819) eine Abhandlung über die Trunksucht mit einer systematischen Ätiologie und Symptomatologie. (Brühl-Cramer 1819) Er wandte sich gegen die moralischen Argumente und betrachtete den Trinker als Opfer einer Krankheit, da z.B. die Gewöhnung auf Unkenntnis der Gefahren beruhe und er vermutete auch eine genetische Veranlagung. (vgl. Brühl - Cramer 1819 zit. n. Spode 1993, 128)

Magnus Huss führte 1849 den Begriff des alcoholismus chronicus ein. Auf der Basis der Arbeiten von Trotter, Hufland und Brühl - Cramer sah er die Trunksucht als eine spezielle, seltene Komplikation des fortwährenden, übermäßigen Genusses alkoholischer Getränke, und dieser bleibt trotz einer Vielzahl von teils auch unschuldigen „prädisponierenden Ursachen“ ein Laster. (vgl. Huss 1852, 289 ff.)

Mit der Zeit setzte sich aber in der Fachwelt die Anschauung durch, dass die Trunksucht ein medizinisches und kein moralisches Problem sei und durch die mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle vom normalen und gesunden Menschen zu unterscheiden sei. Der Fachausdruck „Alkoholiker“ oder „Alkoholist“ fand immer häufigere Verwendung. (vgl. Spode 1993, 135)

Es gab also eine Entwicklung, bei welcher der Kontrollverlust des Trinkers immer weniger als eine selbstverschuldete Unfähigkeit gesehen wurde, sondern als ein wesentliches Krankheitsphänomen. Dennoch vertraten die Autoren unterschiedliche Positionen bezüglich der „Schuldfrage“ bzw. der Eigenverantwortung. Einige sahen den Alkoholiker komplett als Opfer, andere schrieben ihm zumindest ein Stück Verantwortung im Anfangsstadium der Suchtentwicklung zu. Wieder Andere erkannten nur die schweren körperlichen Folgeschäden als Krankheit an und nicht das maßlose Trinken als solches, dieses wurde weiterhin als ein Laster gesehen.

Dies zeigt, wie schwierig die Abgrenzung zwischen noch normalem, gesundem und pathologischem Trinken war und auch noch ist. Denn es wird deutlich, dass exakte,

naturwissenschaftliche Bestimmungen nicht möglich sind. Die Übergänge vom Genuss zum Laster oder zum Missbrauch und schließlich zur Krankheit sind „schwammig“. Die Beschreibung von Rush, der von einem „Mittelding zwischen Laster und Krankheit“ (Rush 1814 zit. n. Spode 1993, 127) spricht, trifft diesen Umstand noch am ehesten.

Auch die Frage nach der Erbllichkeit, und damit die auch heute noch immer wieder aufkeimende Anlage – Umwelt - Diskussion wird von den Ärzten dieser Zeit aufgeworfen. Aber auch hier zeigen die unterschiedlichen Meinungen, dass es wohl verschiedene Ursachen für eine Krankheitsentwicklung gibt, und dass die genetische Veranlagung nur ein Faktor unter vielen ist.

Durch die beiden Weltkriege kam es zu einem Rückgang des Alkoholkonsums. Während der Zeit des Ersten Weltkrieges wurde einmal sämtlicher verfügbarer Alkohol für die Soldaten an die Front geschafft, und zum anderen wurde unter der Zivilbevölkerung auf Grund der Lebensmittelknappheit kaum noch Alkohol hergestellt.

In den Zwanzigerjahren kam es nur zu einem langsamen und vorsichtigen Anstieg des Alkoholkonsums. Dies lag an einem größeren Bewusstsein bezüglich der Gefahren und an der schlechten wirtschaftlichen Lage. (vgl. ebd.) Es kam kaum zu ausschweifendem Alkoholkonsum. Aus diesen Gründen wurde vermehrt die Finanzierung von Behandlungen von Alkoholikern in Frage gestellt, und immer mehr Einrichtungen mussten wegen Patientenmangel und aus finanziellen Gründen wieder schließen. (vgl. ebd.)

In der Zeit des Nationalsozialismus wurde angenommen, dass Alkoholismus erblich sei. So hieß es im Rassengesetz nach § 1 Abs. 3 „Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses“: „Wer an schwerem Alkoholismus leidet, kann sterilisiert werden“. (zit n. Lindenmeyer 2001) Die Zahl derer, die wegen Alkoholismus in Konzentrationslager geschickt worden sind, ist nicht bekannt. (ebd.)

Insgesamt kamen während der Nazizeit die Vorurteile über Trinker als „willensschwache, triebhafte und kriminelle“ Persönlichkeiten wieder verstärkt auf. 1943 wurden sogar alle Abstinenzvereine verboten, und nur eine einzige Trinkerheilstätte blieb während des Zweiten Weltkrieges geöffnet.

Alkoholismus wurde in dieser Zeit also wieder mit dem Konzept der Charakter- und Willensschwäche in Verbindung gebracht. Dies zeigt nochmals das wechselhafte Krankheitsverständnis der letzten 200 Jahre. Immer wieder konnten sich Vertreter dieser

moralisierenden Position durchsetzen. Somit ist es nicht verwunderlich, dass diese Ansichten bis heute in Teilen der Bevölkerung zu finden sind.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es auf Grund der allgemeinen Lebensmittelknappheit zunächst nur wenig Alkohol in Deutschland. Das Brennen von Korn zu Schnaps war aus diesem Grunde bis 1956 verboten. Dennoch war Alkohol während dieser Zeit eine der stabilsten Währungen auf dem Schwarzmarkt.

Mit dem Wirtschaftswunder kam es dann in den Sechzigerjahren zu einem raschen Anstieg des Alkoholkonsums, von dem jedoch alle Gesellschaftsschichten gleichermaßen betroffen waren. Man sprach deswegen auch von einer „nassen Generation“. (vgl. ebd.)

1968 definierte das Bundessozialgericht der Bundesrepublik Deutschland Alkoholismus als Krankheit, für die der Kontrollverlust bzw. das Nichtaufhörenkönnen charakteristisch ist. (vgl. Schmidt 1999, 30) Das Bundesarbeits- und Bundesverwaltungsgericht betrachtete Anfang der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts den Alkoholismus als eine nicht selbst verschuldete Krankheit, da zu ihrer Entstehung viele Faktoren mitwirken. (vgl. ebd.)

Dadurch wurde die Krankheit Alkoholismus den anderen Körper- und Geisteskrankheiten gleichgestellt. (vgl. Körkle & Lauer 1992, 22)

Zusammenfassend kann man festhalten, dass alle Alkoholkulturen im Laufe der Geschichte immer wieder mit den negativen Auswirkungen eines übermäßigen Alkoholkonsums konfrontiert worden sind. Die Folgen waren um so gravierender, je mehr hochprozentiger Alkohol zur Verfügung stand. Zum wirklichen Problem für die Gesellschaft wurde aber immer nur ein eher kleiner Anteil der trinkenden Personen, der Großteil hatte sein Konsumverhalten in einem angemessenen Rahmen unter Kontrolle. Diesen Auffälligkeiten wurde teils mit Verboten und Bestrafungen begegnet, immer wieder galten diese Alkoholiker als willensschwache Persönlichkeiten, die mit Verbrechern oder Kriminellen gleichgestellt und moralisch verurteilt worden sind. Vereinzelt erlebt der Verfasser immer wieder, dass solche entwürdigenden Sichtweisen bis heute noch in manchen Köpfen der Bevölkerung existieren und an die Betroffenen vorwurfsvoll herangetragen werden.

Für die Mehrheit der Bevölkerung ist ein gemäßigter Konsum mit gelegentlichen Räuschen normal, es gehört zur guten Tugend, dass man sich „noch beherrschen“ kann, und wer „viel verträgt“, hat in manchen Kreisen auch heute noch ein gewisses Ansehen. Wer jedoch zu oft

die „Selbstbeherrschung“ und die Kontrolle verliert, wird „geächtet“. Der Grat zwischen Bewunderung und Absturz in die Devianz ist oft sehr schmal.

Wir haben in diesem geschichtlichen Abriss gesehen, dass es vor allem die körperlichen Folgeschäden waren, welche Ärzte dazu bewogen hatten, von Alkoholismus als Krankheit zu sprechen. Als ein grundlegendes Phänomen dieser Erkrankung wurde der Kontrollverlust, der innere Drang, immer mehr konsumieren zu wollen, beschrieben. Aber auch die sozialen Auswirkungen wurden in den Krankheitskonzepten berücksichtigt. Die Krankheit Alkoholismus kann sich also auf psychischer, physischer und sozialer Ebene manifestieren.

Doch ab wie vielen Räuschen und inakzeptabel betrunkenen Verhalten kann man von einer Abhängigkeitserkrankung sprechen? Welches Ausmaß an körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen muss erreicht sein?

Um auf diese Fragen Antworten zu finden, möchte sich der Verfasser in den folgenden Abschnitten mit weiteren Typologien und Definitionsversuchen auseinandersetzen.

2.2 Weitere Typologien und Verlaufsformen

Von besonderer Bedeutung sind dabei die Arbeiten der 50er und 60er Jahre des letzten Jahrhunderts von Jellinek, der sich einen umfassenden Überblick über die Veröffentlichungen der letzten Jahrzehnte zu diesem Thema verschafft hatte und 2000 Alkoholiker befragt und beobachtet hatte. Er beschrieb 1946 und 1952 Alkoholismus als Krankheit und veröffentlichte 1960 seine Typeneinteilung. (vgl. Jellinek 1946, 1952, 1960) Alkoholismus wurde als progressive Krankheit mit typischer Symptomatologie und typischem Verlauf beschrieben, mit zentralen Krankheitsmerkmalen wie Kontrollverlust, Denken an Alkohol, Leugnen des Alkoholismus und Entzugssymptomatik. (vgl. Jellinek 1960)

Jellinek hat, wie bereits weiter oben erwähnt wurde, eine Typologie auf der Basis seiner empirischen Untersuchungen entworfen. Er nennt 5 Typen von Alkoholikern. Bis heute hat diese Einteilung therapeutische Bedeutung. Sie hilft Alkoholikern, sich mit ihrem Krankheitsprozess zu identifizieren und sich selbst zu diagnostizieren. (vgl. Schmidt 1999, 30)

- Alpha-Typ:
 - Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker
 - Abhängigkeit nur psychisch
 - Kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken mit Fähigkeit zur Abstinenz
- Beta-Typ:
 - Gelegenheitstrinker
 - Weder psychische noch körperliche Abhängigkeit
 - Kein Kontrollverlust
 - Körperliche Folgeschäden
- Gamma-Typ:
 - süchtiger Trinker
 - Zuerst psychische, dann körperliche Abhängigkeit
 - Kontrollverlust mit Phasen von Abstinenz

- Delta-Typ:
 - Rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum
 - psychische und physische Abhängigkeit
 - kein Kontrollverlust, aber Unfähigkeit, abstinent zu sein

- Epsilon-Typ:
 - Episodischer Trinker
 - psychische Abhängigkeit
 - Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz. (vgl. Jellinek 1960, 36 - 39)

Die Übergänge zwischen Alpha-, Beta- und Gamma-Trinker sind jedoch sehr schwammig und nicht exakt festgelegt. Deswegen legen auch diese Typeneinteilungen nicht genau fest, wann man von einer Krankheit sprechen kann. An dieser Stelle macht es jedoch Sinn, zu fragen, ob man in diesem Schema hinreichende und notwendige Faktoren erkennen kann, die Alkoholismus als eine Krankheit festlegen.

Sind es alleine die körperlichen Folgeschäden? Ist es die körperliche Abhängigkeit? Der Kontrollverlust? Oder genügt die psychische Abhängigkeit?

Nach Jellinek ist der Gamma-, Delta-, und Epsilon - Typ alkoholkrank. (vgl. Jellinek 1960, 36 – 39)

Der Gamma- und Delta - Trinker ist körperlich und seelisch abhängig. Beide haben körperliche Folgeschäden, aber nur der Delta - Trinker leidet unter Kontrollverlust. Also kann Kontrollverlust kein hinreichendes Kriterium für eine Krankheitsbestimmung sein.

Der Beta- und Epsilon - Trinker kann unter somatischen Schädigungen leiden, aber beide sind nicht körperlich abhängig. Damit kann auch die körperliche Abhängigkeit kein hinreichendes Kriterium für eine Definition sein, aber auch nicht die körperlichen Folgeschäden. Denn der Beta - Trinker hat körperliche Folgeschäden, ohne dass er das Etikett alkoholkrank trägt.

Allen Typen gemeinsam ist die psychische Abhängigkeit. Diese könnte man als notwendiges, aber für eine Alkoholkrankheit alleine nicht ausreichendes Merkmal bezeichnen.

Insgesamt wird deutlich, wie schwierig es ist, Alkoholismus über diese unterschiedlichen Komponenten und Merkmale als Krankheit zu beschreiben. Es gibt offensichtlich unterschiedliche Kombinationen körperlicher und seelischer Items, die in gewissen Variationen einen pathologischen Konsum kennzeichnen.

Eine weitere Phaseneinteilung der Trinkerentwicklung stammt ebenfalls von Jellinek. Dabei hatte Jellinek 42 Symptome des Alkoholismus als Grundlage für die Einteilung in drei Phasen benutzt. (vgl. Jellinek 1952) Schneider hat in seiner Suchtfibel diese Phasen aufgegriffen und detailliert dargestellt. (vgl. Schneider 2001, 111-123)

Die beschriebenen Phasen von Jellinek beziehen sich hauptsächlich auf die Entwicklung des Gamma-Alkoholikers, der sich nicht selten zum Delta-Alkoholiker (Spiegeltrinker) weiterentwickelt.

Die Existenz dieser beiden Typen wurde sogar in einer empirischen Untersuchung nachgewiesen. (vgl. Schulz et al. 1992)

Vorphase:

In der Vorphase wird Alkohol zur *gelegentlichen Erleichterung*, z.B. zur Behebung zeitweiliger Beschwerden, getrunken. Durch regelmäßigen Konsum kommt es zu einer *Toleranzerhöhung*, d.h. es wird mehr Alkohol vertragen. Mit der Zeit wird immer öfter nach Erleichterung für psychische Belastungen gesucht. Dabei ist dieser Konsum nicht auffällig, jedoch wird die Belastungsfähigkeit geringer. (vgl. Schneider 2001, 108/109)

Anfangsphase:

In der Anfangsphase kann es vermehrt zum *heimlichen Konsum* kommen, weil der Betroffene merkt, dass seine Konsumgewohnheiten doch etwas vom Durchschnitt abweichen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Betroffene in einer Umgebung lebt, die starkes Trinken verurteilt.

Es kommt auch zu häufigerem *Denken an Alkohol*, oft in Verbindung mit der Sorge, ob genügend Vorräte da sind.

Auch das *Verlangen nach Alkohol* wird immer stärker, dies zeigt sich z.B. darin, dass nach einigen Stunden oder Tagen der Abstinenz das erste oder die beiden ersten Gläser besonders gierig ‚hinuntergekippt‘ werden.

Dem Betroffenen wird immer deutlicher, dass sein Konsum das übliche Maß übersteigt. Es entwickeln sich *Schuldgefühle* und ein schlechtes Gewissen. Gescheiterte Versuche, das Trinken zu reduzieren, verstärken die Schuldgefühle und führen zu Ausreden und Erklärungsversuchen gegenüber der Umgebung. Auch werden Anspielungen auf das Trinken vermieden, wenn es mit Sucht in Verbindung gebracht wird. Schließlich kommt es zur *zunehmenden Häufigkeit von Gedächtnislücken*. Dies verunsichert

den Abhängigen und es kann zu peinlichen Situationen kommen. (vgl. Schneider 2001, 112/113)

Kritische Phase:

Nun kommt es immer öfter zu *Kontrollverlusten*, d.h. bereits kleine Mengen von Alkohol führen zu einem vermehrten Verlangen und schließlich zum Exzess. Der Trinker beginnt nun zunehmend, sich und der Umwelt zu erklären, aus welchen Gründen er trinkt, und dass er ja gar nicht die Kontrolle verloren hat. Es entsteht ein komplettes ‚*Erklärungssystem*‘, welches sich auf alle Lebensbereiche ausdehnt. Denn die *sozialen Belastungen* steigen: Die Ehegatten, Freunde oder Arbeitskollegen beginnen zu ermahnen und zu warnen. Die Folge ist, dass der Süchtige sich vermehrt isoliert, den Konflikten aus dem Wege geht und öfters alleine trinkt oder mit anderen Trinkern Alkohol konsumiert.

Der Süchtige verliert immer mehr die Selbstachtung und versucht, dies durch übergroße Selbstsicherheit und großspuriges Gehabe zu kompensieren. Die Isolation steigt, die Schuld am starken Trinken wird vermehrt in der Umgebung gesucht, was zu *auffällig aggressivem Verhalten* führen kann, was wiederum zu einer verstärkten Abkehr von den Menschen in der Umgebung führen kann.

Die *Schuldgefühle nehmen zu*, starke Selbstwertzweifel häufen sich, was den Konsum erneut verstärken kann.

Durch den äußeren Druck kann es sogar zu *Perioden völliger Abstinenz* kommen, jedoch misslingt dies meist bzw. die vorgenommenen Abstinenzphasen werden nicht durchgehalten. Dies führt zur Resignation und Verzweiflung. Die Folgen sind *Kontrollversuche* wie z.B. „Ich trinke nicht vor einer bestimmten Tageszeit“, die nicht zum Erfolg führen. Die Schuld für die Fehlschläge wird wieder verstärkt bei den Menschen in der Umgebung gesucht, was zur Aufgabe von Freundschaften und Feindseligkeiten führen kann. Bei Frauen seltener, aber häufig bei Männern kommt es durch z.B. häufiges Zuspätkommen und Trunkenheit auf der Arbeit zum *Verlust des Arbeitsplatzes*, oder der Süchtige kündigt in Voraussicht des Kommenden selbst.

Das ganze Denken und Handeln konzentriert sich nun auf das Suchtmittel, und es kommt zum *Verlust an äußeren Interessen*, nur der Alkohol steht im Mittelpunkt. Beziehungen werden dann oft neu ausgelegt. In Verbindung damit steht *starkes Selbstmitleid*. Viele Suchtkranke flüchten nun aus der tatsächlichen Umgebung oder verlieren sich in Träumereien. Es kommt zu *Änderungen im Familienleben*, oft werden Scheidungen als Böswilligkeit des Partners falsch gedeutet.

Diese Entwicklungen führen zu *grundlosem Unwillen* und zu launischem Verhalten. Dabei wird Streit provoziert, um sich selbstgerecht zurückziehen zu können. Das Suchtmittel rückt nun noch mehr in den Vordergrund, es kommt zum Sichern des Alkoholvorrates, z.B. durch das Verstecken von Flaschen.

Auch die *Ernährung wird vernachlässigt*, es treten erste organische Beschwerden auf, die zu stationären Behandlungen führen. Schließlich kommt es auf Grund physischer und psychischer Veränderungen zur *Abnahme des Sexualtriebes*, es kann auch zum alkoholischen Eifersuchtswahn kommen. (vgl. Kapitel über psychiatrische Folgen) Es wird nun auch vermehrt *regelmäßig morgens getrunken*. (vgl. Schneider 2001, 114 – 121)

Chronische Phase:

Die Folgen sind nun *verlängerte, tagelange Räusche*. Frühere moralische und ethische Maßstäbe werden aufgegeben, Werte und Prinzipien geraten ins Wanken, ein *ethischer Abbau* beginnt. Auch das *Denkvermögen wird beeinträchtigt*. Es kann zu hirnorganischen Veränderungen bis hin zum *organischen Psychosyndrom* oder zu neurologischen Veränderungen, wie etwa *Alkoholpsychosen* kommen. (siehe entsprechende Kapitel) Die gesamte Leistungsfähigkeit ist vermindert.

Vor allem Männer trinken nun oft mit Personen ‚unter ihrem Niveau‘. Die Selbstkritik geht verloren, die Tatbestände des Lügens und Stehlens sind keine Seltenheit in diesem Stadium. Durch körperliche Schädigungen kann es nun auch zum *Verlust der Toleranz* kommen. Auch können undefinierbare Ängste auftreten.

Starke Entzugserscheinungen, die mit *Zittern und psychomotorischen Störungen* einhergehen, treten auf. Der Konsum wird immer zwanghafter. Es können auch unbestimmte *religiöse Wünsche oder Wahnvorstellungen* hinzukommen.

In diesem Stadium *versagen auch alle Erklärungssysteme*, der Suchtkranke kann nicht mehr leugnen, dass er am Ende ist. Es kommt zu *Zusammenbrüchen* oder auch zu *Selbstmordversuchen*, auch schwere Depressionen sind häufig.

Bei Entzügen kann es zu *Krampfanfällen* und zum *Delirium tremens* kommen. (vgl. Schneider 2001, 121-123 - vgl. entsprechende Kapitel)

Auch hier stellt sich die Frage: Ab welcher Phase wird der Alkoholkonsum zur Krankheit? Welche Faktoren sind für eine Alkoholkrankheit bestimmend? In der chronischen Phase ist

das Pathologische sicherlich am Offensichtlichsten. Hier sind alle Ebenen des Lebens beeinträchtigt, schwere körperliche, seelische und soziale Folgen sind aufgetreten.

Doch bis zu welchem Stadium kann man noch von einem normalen, „gesunden“ Trinken sprechen?

Die Vorphase kann man wohl noch am ehesten dem normalen Trinken zuordnen. Aber bereits mit der Anfangsphase steigt der Konsum und es bilden sich Verhaltensweisen und Denkgewohnheiten heraus, die von einem normalen Trinkverhalten abweichen. Dennoch hängt es natürlich von der Länge ab, wie lange solch eine Phase aufrechterhalten wird. Ist es nur vorübergehend, so würde der Verfasser dies nicht als pathologisch bezeichnen. Der Zeitfaktor spielt also eine wesentliche Rolle. Eine Krankheitsentwicklung kann nur fortschreiten, wenn über einen längeren Zeitraum oder periodisch immer wieder im Sinne der Anfangsphase oder im Sinne der kritischen Phase getrunken wird. Eine genaue Zeitangabe beispielsweise in Monaten oder Tagen ist nur sehr schwer möglich. Denn man müsste ja auch die periodischen Entwicklungsmöglichkeiten berücksichtigen. Gleichzeitig müssen eindeutige körperliche, seelische und soziale Merkmale beschrieben werden, die in diesen Zeiträumen auftreten.

Die Übergänge zu einer Krankheit sind letztendlich schleichend und auch immer von den Symptomen oder Merkmalen abhängig, welche über längere Zeit in Erscheinung treten. Die Modellphasen von Jellinek geben eine durchschnittliche Entwicklung des Gamma - Trinkers wieder. Natürlich können die beschriebenen Phänomene im Einzelfall auch ganz anders oder gar nicht auftreten. Einen genauen Wendepunkt von noch tolerierbarem, normalem Trinken bis zum pathologischen Konsum kann man nicht exakt angeben oder bestimmen.

2.3 Definitionsversuche der WHO

In diesem Abschnitt soll gezeigt werden, wie sich erste Definitionsversuche von Sucht- bzw. Abhängigkeit entwickelt haben. Die WHO beschreibt zunächst die Gewohnheit und Gewöhnungsbildung:

Die Gewöhnung und die Gewohnheitsbildung haben einen engen Bezug zur Abhängigkeit. (vgl. Schmidt 1999, 27) Die Gewohnheitsbildung ist ein relativ automatisierter Reaktionsablauf, der nach der Terminologie der Lerntheorie entweder als eingeschliffene Antwort auf einen diskriminativen Stimulus, oder als ein operantes Verhalten mit hoher Auftretenswahrscheinlichkeit beschrieben wird. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 5) Die WHO hat 1957 die Gewohnheitsbildung („drug habituation“) wie folgt definiert:

- Wunsch, die Einnahme der Substanz fortzusetzen
- Fehlen der Tendenz zur Dosissteigerung
- Auftreten psychischer Abhängigkeit ohne physische Folgeschäden und weitgehende Beschränkung der Folgeschäden auf den Konsumenten.

(vgl. Eddy et al. 1965)

Im Gegensatz zur ‚Gewohnheitsbildung‘ versteht man unter ‚Gewöhnung‘ (habituation) eine spezifische Reaktionsminderung nach fortgesetzter Reizwiederholung. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 5) Dabei handelt es sich nicht um einen Lernvorgang wie bei der Bildung von Gewohnheiten, sondern um spezifische Reaktionen des Organismus. Es kommt zur pharmakologischen Gewöhnung mit einem Toleranzerwerb, beispielsweise durch eine Beschleunigung des Abbaus der Fremdschubstanz. (vgl. Schmidt 1999, 27)

Bei der Gewöhnung finden bereits körperliche Reaktionen auf das Suchtmittel statt, es kommt zur Toleranzbildung. Jedoch fehlt die Tendenz zur Dosissteigerung und dies schließt auch einen Kontrollverlust aus. Dennoch wird von einer psychischen Abhängigkeit ausgegangen, es wird von einem Wunsch und nicht von einem innerlichen Drang gesprochen, den Konsum fortzusetzen.

Die WHO definierte 1957 Sucht („drug addiction“) als Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, die durch wiederholte Zufuhr einer bestimmten Substanz hervorgerufen wird und durch 4 Kriterien gekennzeichnet ist:

- Unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
- Tendenz zur Dosissteigerung,
- physische und psychische Abhängigkeit,
- Folgeschäden für den Konsumenten und die Gesellschaft.

(vgl. Eddy et al. 1965)

Im Unterschied zur Gewöhnung wird bei der Sucht aus einem Wunsch ein unbezwingbares Verlangen zu konsumieren, es kommt zur Dosissteigerung, einer körperlichen Abhängigkeit und es treten Folgeschäden hinzu. Sowohl die Erkenntnisse von Jellinek als auch die geschichtlichen Aspekte finden wir hier wieder. Die psychische und physische Abhängigkeit wird erwähnt, aber auch die körperlichen, seelischen und sozialen Folgen. Der Kontrollverlust wird jedoch nicht explizit genannt und es werden auch keine Zeitangaben über die Konsumdauer gemacht.

Unterschiede zwischen nicht stoffgebundenen (Tätigkeitssüchte) und stoffgebundenen (Drogen) Süchten machten eine weitere Abgrenzung notwendig. Bei Spiel- und Arbeitssucht muss der Süchtige aktiv sein, um seine Befindlichkeit zu ändern, während ein Drogenabhängiger dies allein durch die Einnahme der Droge erreicht. Der Drogenabhängige hat auch stärkere Entzugserscheinungen mit deutlicherer somatischer Ausprägung. (vgl. Schmidt 1999, 28)

Denn zur Etymologie des Wortes ‚Sucht‘ ist zu sagen, dass es sich ableitet vom althochdeutschen „suht“ (Krankheit) und dem späteren „siech“, was ‚krank‘ bedeutet. (vgl. Schmidt 1999, 28) Das Wort „Sucht“ hat eine Doppelbedeutung. Zum einen findet man es in Krankheitsbezeichnungen wie Gelbsucht, Wassersucht und etwa Schwindsucht, zum anderen wird es verwendet, um normabweichende und störende Verhaltensweisen zu beschreiben, wie etwa Habsucht, Geltungssucht oder Arbeitssucht. Aber auch Formulierungen, bei denen eine deutliche Einschränkung der Selbstkontrolle und Selbstbestimmung erkennbar ist, wie bei der Tobsucht, der Eifersucht, der Rachsucht oder der Sehnsucht, bedienen sich des Begriffes. (vgl. ebd.) Demnach kann jeder menschliche Trieb und jede menschliche Tätigkeit süchtig

entarten. Dem Begriff „Sucht“ wird ein unter passivem Drang stehendes begierdemäßiges Verlangen zugeordnet, bei dem die Entscheidungsfähigkeit verlorengegangen ist. (vgl. Laubenthal 1964 zit. n. Schmidt 1999, 28)

Deswegen empfahl die WHO 1964, im Drogenbereich den Begriff „Abhängigkeit“ („drug addiction“) zu verwenden und zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit zu unterscheiden, um eine Abgrenzung zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchten zu erreichen. (vgl. Eddy et al. 1965) So wurde also zum Beispiel geraten, nicht mehr von *Alkoholsucht*, sondern von *Alkoholabhängigkeit* zu sprechen.

So definierte die WHO Abhängigkeit als einen Zustand, der sich aus der periodisch oder kontinuierlich wiederholten Einnahme einer Droge ergibt. (vgl. Eddy et al. 1965) Dabei werden unter dem Begriff „Droge“ Substanzen verstanden, die Funktionen im Organismus verändern und vor allem das Nervensystem beeinflussen. Dazu zählen illegale Substanzen, Alkohol und Arzneimittel. (vgl. ebd.) Des Weiteren wurden verschiedene Abhängigkeitstypen unterschieden: Morphin-, Barbiturat/Alkohol-, Kokain-, Cannabis-, Halluzinogen- und Amphetaminabhängigkeit.

Dabei wurde die psychische Abhängigkeit definiert als ein unwiderstehliches Verlangen nach weiterer periodischer oder dauernder Einnahme des Mittels, um Lust zu erzeugen oder Unlust zu vermeiden. (vgl. Eddy et al. 1965) Dabei können psychische Entzugserscheinungen Unruhezustände, depressive Verstimmungen, Angst und der Drang zum erneuten Drogenkonsum sein.

Die physische Abhängigkeit, die sich beim Morphin- und Barbiturat/Alkoholabhängigkeitstyp entwickelt, ist gekennzeichnet durch das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen. (vgl. ebd.) Diese treten auf bei einer Unterbrechung und bei einer Verminderung zum Beispiel des Alkoholkonsums. Symptomatisch äußert sich das in vegetativen Fehlfunktionen, feuchten Händen, Schweißausbrüchen, innerer Unruhe, Tremor, Tachykardie usw. (siehe Kapitel über Entzugserscheinungen)

Der Begriff der Abhängigkeit soll sich nun auf einen mehr passiven Konsumvorgang durch die Einnahme einer Substanz beziehen. Davon werden nicht stoffgebundene Tätigkeitssüchte unterschieden, die einen aktiven Akt implizieren.

Bei den letzteren Süchten kann sich offensichtlich nur eine psychische Abhängigkeit entwickeln, die aber durchaus Entzugssymptome zur Folge haben kann. Zu wesentlich

ausgeprägteren Symptomen beim Absetzen der Substanz kommt es im Stadium der physischen Abhängigkeit. Diese kann als eine Steigerungsform der seelischen Komponente verstanden werden.

Kritisch anzumerken wäre, dass die WHO den Kontrollverlust, den es bei stoffgebunden und nicht stoffgebundenen Süchten gibt, nicht explizit erwähnt. Denn ein Spielsüchtiger kann unter diesem ebenso leiden wie ein Alkoholabhängiger. Wenn wir jedoch an den Delta-Trinker, den Spiegeltrinker aus dem Jellinekschema denken, dem kein Kontrollverlust zugeschrieben wird, dann könnte man diesen Typus eventuell auch auf die nicht stoffgebundenen Süchte übertragen. Beispielsweise könnte ein Spielsüchtiger auch regelmäßig sein Geld für Automaten ausgeben, ohne die Kontrolle zu verlieren.

Für die Bestimmung einer Krankheit könnte aber demnach - und das gilt vor allem, wenn man auf die nicht stoffgebundenen Süchte blickt - eine Beschränkung auf psychische Merkmale, die vor allem das Verhalten beschreiben, ausreichen.

Dies ist wohl auch der kleinste gemeinsame Nenner aller Süchte und Abhängigkeiten. Im Bereich der stoffgebundenen Süchte ist eine solche Trennung jedoch nicht wirklich sinnvoll, da die Abhängigkeitsentwicklung unweigerlich mit der Einnahme einer Substanz einhergeht und es zu körperlichen Reaktionen kommt wie Toleranzsteigerung oder körperliche Entzugssymptomatik.

Aber was ist mit den körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden? In dieser WHO Definition sind sie enthalten. Aber kann man sie wirklich zum Wesen der Sucht zählen?

Mit dieser Frage möchte sich der Verfasser im nächsten Abschnitt befassen und dazu auf eine ungewöhnliche und auch eher unbekannte Definition eingehen.

2.4 Eine ungewöhnliche Definition: Abhängigkeit ohne Folgeschäden?

Was genau ist eigentlich die Sucht oder die Abhängigkeit, was macht sie aus? Welche Merkmale beschreiben dieses Phänomen? Kann man sie von den Folgeschäden abkoppeln?

Eine Arbeitsgruppe um Edwards hat vorgeschlagen, streng zwischen Alkoholabhängigkeit und alkoholbezogenen Folgeschäden zu trennen. (vgl. Edwards et al. 1977 zit. n. Körkle & Lauer 1992, 8)

Alkoholabhängigkeit wird gekennzeichnet durch:

1. Einengung des Trinkverhaltens
2. übergroße Bedeutung des Alkohols
3. erhöhte Alkoholtoleranz
4. wiederholt aufgetretene Entzugssymptome
5. Trinken zur Beseitigung der Entzugssymptome
6. subjektives unwiderstehliches Verlangen zu trinken
7. Wiederauftreten des Syndroms nach Abstinenz.

(vgl. ebd.)

Alkoholabhängigkeit wird somit als eigenständiges Syndrom festgelegt, mit dem nicht notwendigerweise Schwierigkeiten im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich einhergehen müssen. (vgl. ebd.) Außerdem dichotomisieren sie nicht zwischen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Alkoholabhängigkeit wird als eine kontinuierliche Größe betrachtet. (vgl. ebd.)

In dieser Definition finden wir die psychischen und physischen Merkmale einer Abhängigkeitsentwicklung wieder. Jedoch werden die körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden ausgeklammert – ebenso wie die Tendenz zur Dosissteigerung und auch der Kontrollverlust.

Die Beschränkung der Abhängigkeitserkrankung auf diese Merkmale trifft wohl wirklich den eigentlichen Kern der Alkoholsucht. Jedoch wird damit nicht die Alkoholkrankheit erfasst, wie sie uns in der Realität begegnet:

Edwards beschreibt einen „isolierten“ psychischen und physischen Prozess, der wesentliche Einflussbereiche ausblendet. Ein Alkoholkonsum wirkt sich immer auf den gesamten menschlichen Organismus und oft auch auf seine Umgebung aus, d.h. es kommt immer auch

gleichzeitig zu kleinen Schädigungen, die erst durch einen langfristigen Konsum auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene als Beeinträchtigungen sichtbar werden.

Nur die eigentliche psychische und physische Abhängigkeit als Krankheit zu erklären, wäre etwa so, wie wenn man bei Diabetes nur das mangelnde Insulin und den Glukosespiegel, nicht aber die zahlreichen Folgeschäden als pathologisch betrachtet.

Durch Alkoholkonsum wird der menschliche Körper beeinträchtigt, er reagiert auf die zugeführte Substanz und es kann bei langfristigem Missbrauch zu Entzugssymptomen kommen. Auf neurobiologischer Ebene werden Neurotransmittersysteme beeinflusst und verändert und diese wirken sich wiederum auf den Stoffwechsel und den gesamten Organismus aus. (vgl. Kapitel über neurobiologische Ursachen) Man kann diese Veränderungen auch als Schädigungen verstehen, denn es kommt zu einer neurochemischen Systemstörung durch Vermehrung oder Verminderung von Rezeptoren. Dies sind körperliche Reaktionen, die einerseits für den Suchtprozess, aber auch für die Entstehung von Folgeschäden verantwortlich sind.

Es ist ja auch allgemein bekannt, dass Alkohol ein Zellgift ist, welches schon in geringen Mengen zu Schädigungen führt. Ein Beispiel wäre der Alkoholabbau in der Leber, bei dem das Zwischenprodukt Acetaldehyd entsteht. (vgl. Kapitel über Alkoholabbau) Diese Substanz hat Einfluss auf die Neurotransmitter und ist unter anderem für den „Kater“ mitverantwortlich und kann somit auch zum Entstehen von neuem Verlangen beitragen. Gleichzeitig ist Acetaldehyd aber verantwortlich für die Entstehung von Folgeschäden wie z.B. die Leberzirrhose. Auf molekularer Ebene finden bei jedem Alkoholkonsum auch Krankheitsprozesse im Sinne von Organschädigungen statt.

Eine Trennung von Sucht und den Folgeschäden macht so gesehen keinen Sinn, weil der Suchtprozess und die Folgeschäden ineinander verwoben sind. Schon bei Jellineks Phasenmodell mit den 42 Symptomen haben wir gesehen, dass sich die Folgeschäden parallel zu einer kontinuierlich steigenden Suchtmittleinnahme entwickeln. Und auf neurochemischer Ebene ist ja sogar die physische kaum von der psychischen Abhängigkeit unterscheidbar. (vgl. über neurobiologische Ursachen)

Selbst bei nicht stoffgebundenen Süchten, wie z.B. der Arbeitssucht, kann der Abhängigkeitsprozess z.B. mit einer körperlichen Beeinträchtigung auf Grund von mangelnder oder einseitiger Bewegung einhergehen. Oder es kommt zu Muskelverspannungen, die sich in körperlichen Symptomen manifestieren.

Damit soll gesagt werden, dass es falsch ist, Abhängigkeit und Folgeschäden zu trennen, wenn man das Phänomen Alkoholismus beschreiben will. Der Definitionsansatz von Edwards

bezieht sich auf wesentliche Merkmale einer Abhängigkeitsentwicklung und legt den Fokus auf den Kern des Suchtprozesses. Wenn man also die Frage nach dem Wesen der Sucht oder Abhängigkeit stellt, dann kann dieser Ansatz eine Antwort geben.

Durch das Ausblenden der Folgeschäden wird aber ein Stück Realität ausgeblendet. Denn eine Suchtentwicklung muss zwar nicht zwingend, aber doch geht sie in den meisten Fällen mit körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden einher, so dass diese Prozesse - wie oben ausführlich begründet - zur Abhängigkeitserkrankung dazugehören.

So muss auf die Frage nach dem Krankheitsbild des Alkoholismus geantwortet werden, dass die körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden Bestandteil dieser Krankheit und von der physischen und psychischen Abhängigkeit untrennbar sind.

2.5 Missbrauch und Abhängigkeit – ICD und DSM

In der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) und im von der American Psychiatric Association erarbeiteten „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ wird das Abhängigkeitssyndrom und die Kategorie Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch unterschiedlich definiert. (vgl. Soyka 1999, 139)

Beide Klassifikationssysteme sind Hilfen für eine präzise Diagnostik und Einschätzung der Schwere der Alkoholabhängigkeit und kennen noch eine ganze Reihe weiterer alkoholbedingter Störungen. (vgl. Schmidt 1999, 30)

In den Definitionen des ICD und DSM finden wir die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Krankheitsmerkmale und - Konzepte teilweise zusammengefasst wieder.

Der DSM-IV definiert Missbrauch psychotroper Substanzen wie folgt. Dabei muss mindestens eines der folgenden Kriterien in den letzten 12 Monaten vorhanden sein:

A:

- wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. wiederholtes Fernbleiben von der Arbeit und schlechte Arbeitsleistungen in Zusammenhang mit dem Alkoholgebrauch, Schulschwänzen, Einstellen des Schulbesuchs, Vernachlässigung von Kindern und Haushalt)
- Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z.B. Alkohol am Steuer oder das Bedienen von Maschinen unter Alkoholeinfluss)
- wiederkehrende rechtliche Probleme in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum (Verhaftungen aufgrund ungebührlichen Betragens in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum)
- fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder sich wiederholender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Alkohols verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit dem Ehegatten über Folgen der Intoxikation, körperliche Auseinandersetzungen, Kindsmissbrauch)

B: Die Symptome haben niemals die Kriterien für Substanzabhängigkeit der jeweiligen Substanzklasse erfüllt. (vgl. APA 1994)

In dieser Missbrauchsdefinition werden vor allem die negativen Folgen für einen Konsumenten aufgelistet. Das Trinken kann zu verantwortungslosem Verhalten führen, was zu Problemen vor allem auf der gesellschaftlich - sozialen Ebene führen kann. Neben dem Drang, immer wieder konsumieren zu müssen, gibt es also auch nachteilige Auswirkungen auf das Umfeld, was die Betroffenen z.B. in rechtliche Schwierigkeiten bringen kann. Ein Verlust der Impulskontrolle durch eine übermäßige Alkoholfuhr kann zu kriminellen Handlungen verleiten.

Hier wird nochmals deutlich, wie stark eine Abhängigkeitsentwicklung nicht nur den Trinker, sondern auch die Umgebung beeinflussen und zu Folgeschäden führen kann. Dies muss nicht zwingend, kann aber ein Bestandteil einer Suchterkrankung sein.

Die ICD-10 verwendet anstelle des Begriffes ‚Alkoholmissbrauch‘ den Begriff ‚schädlicher Gebrauch‘. Dieser wird wie folgt definiert:

„A. Deutlicher Nachweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist (oder wesentlich dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann.

B. Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können.

C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.

D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu.“ (Dilling et al. 2004, 75)

Die ICD erwähnt körperliche, psychische und auch soziale Folgeschäden bereits beim Missbrauch! Demnach können Beeinträchtigungen bereits vor der eigentlichen Abhängigkeit auftreten. Und das stützt wiederum die Ausführungen im letzten Abschnitt, dass ein Konsum immer mit Folgeschäden einhergeht und eine Trennung von Abhängigkeit und Folgeschäden keinen Sinn macht.

Des Weiteren werden Zeitangaben gemacht und es wird auch die Möglichkeit eines periodischen Konsums bzw. Auftretens von Folgen berücksichtigt.

Allerdings wird sowohl bei der DSM- als auch bei der ICD - Definition die körperliche Abhängigkeit mit eindeutigen Entzugssymptomen weggelassen und somit zum entscheidenden Kriterium für eine Abhängigkeit deklariert.

Aber auch dadurch wird ein Übergang von einem Missbrauch zur Abhängigkeit nicht exakt bestimmbar. Denn es wurde ja bereits herausgearbeitet, dass auch die psychische Abhängigkeit körperliche Entzugserscheinungen hervorbringen kann und die Intensität der somatischen Entzugsreaktionen sicherlich auch von der Länge des Konsumverhalten bestimmt und erst ab einem gewissen Grad von den physischen Entzugserscheinungen unterscheidbar wird. Somit sind die Übergänge vom Missbrauch zur Abhängigkeit fließend.

Die Definitionen des DSM und die ICD zur Abhängigkeit sind gewissermaßen eine Zusammenfassung der Merkmale, die in den oberen Abschnitten diskutiert wurden.

Wir finden die psychische Komponente mit starkem Verlangen und Kontrollverlust wieder, die physische Abhängigkeit mit Toleranzsteigerung und Entzugssymptomatik, aber auch die körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden werden erwähnt:

Der DSM-IV versteht Abhängigkeit als ein unangepasstes Muster von Alkoholgebrauch, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt; wobei sich mindestens 3 der folgenden 7 Kriterien manifestieren müssen, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme;
2. Entzugssymptome, die etwa 12 Stunden nach der Reduktion bei lang anhaltendem, starkem Alkoholkonsum entstehen und sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. Charakteristisches Entzugssyndrom
 - b. Einnahme derselben (oder einer sehr ähnlichen) Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden;
3. häufige Einnahme von Alkohol in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt;
4. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren;
5. viel Zeitaufwand für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, diese zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen;
6. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Alkoholmissbrauchs;

7. fortgesetzter Alkoholmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde. (vgl. APA 1994)

Mit den Punkten drei, vier und zum Teil auch eins und sieben wird das Phänomen des Kontrollverlustes beschrieben. Es ist damit die Unfähigkeit gemeint, Maß zu halten, sich an bestimmte Konsumbegrenzungen zu halten und immer wieder zu viel zu trinken - bis zur schweren Betrunkenheit. Dies ist offensichtlich ein wesentliches Merkmal der Abhängigkeit, das aber in den letzten Jahren immer wieder stark kritisiert wurde auf Grund der Erfolge des Therapiekonzeptes des kontrollierten Trinkens. (vgl. Körkel & Schindler 2003)

Dadurch wurde immer wieder gezeigt, dass es einigen Abhängigen gelingen kann, den Konsum wieder zu steuern. Die Schlussfolgerung für diejenigen, bei denen dieses Konzept nicht greift, ist jedoch, dass diese ein wesentliches Kriterium für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllen.

Allerdings muss man hier wieder berücksichtigen, dass es ja z.B. nach Jellinek den Abhängigkeitstyp des Delta - Trunkers, den Spiegeltrinker gibt. Dieser kann kontrolliert trinken und ist aber trotzdem immer betrunken und somit als abhängigkeitskrank zu deklarieren.

Dies zeigt wieder, wie unterschiedlich und facettenreich der Weg von einem normalen Trinken zu einem pathologischen sein kann und wie schwer es folglich ist, all' diese Komponenten in einer Definition zu berücksichtigen.

Das Abhängigkeitssyndrom beschreibt die ICD-10 folgendermaßen:

„A. Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

- Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanzen zu konsumieren;
- Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

- Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben deutlich geringere Effekte auf.
- Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauches; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...) deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“ (Dilling et al. 2004, 78)

Sowohl die ICD als auch der DSM versuchen, dieser Fülle von möglichen Krankheitsmerkmalen oder Wegen in eine Abhängigkeit gerecht zu werden. Dazu werden jeweils Kriterien genannt, von denen mindestens drei für eine bestimmte Zeit erfüllt sein müssen. Verschiedene Kombinationen sind denkbar, z.B. das Ausbleiben einer körperlichen - aber das Vorhandensein einer psychischen Abhängigkeit mit sozialen und/oder körperlichen Folgeschäden.

Dies zeigt aber vor allem, wie schwierig es ist, Abhängigkeit bzw. Alkoholismus als Krankheit genau zu bestimmen. Die ICD und der DSM stellen dazu verschiedene Variablen auf. Die Wege, welche in eine Abhängigkeit führen können, sind sehr unterschiedlich. Im Laufe einer Abhängigkeitsentwicklung ist irgendwann ein Punkt erreicht, wo Verhaltensauffälligkeiten oder Folgeschäden so gravierend sind, dass eine Erkrankung offensichtlich ist.

Jedoch können die Übergänge nicht naturwissenschaftlich exakt bestimmt werden. Zeitangaben können nur einen Richtwert darstellen. Die unterschiedlichen Merkmale müssen als Variablen betrachtet werden, die im Einzelfall natürlich sehr individuell variieren können. Wenn man beispielsweise die ICD und den DSM in Bezug auf die Zeitangaben spitzfindig vergleicht, wird die Schwierigkeit, eine genaue Definition zu finden, sehr deutlich: Nach dem

DSM müssen 3 Kriterien irgendwann in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein. Im Vergleich dazu die ICD: Hier ist die Rede von drei oder mehr Kriterien, die zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben müssen, oder, wenn sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben. (siehe oben) Das würde bedeuten, dass ein Mensch, der nur einmal im Jahr 20 Tage lang 3 Kriterien erfüllt hat, nach dem DSM alkoholabhängig ist und nach der ICD nicht.

Dieses Beispiel verdeutlicht die Unmöglichkeit, eine exakte Definition für das Krankheitsbild des Alkoholismus zu finden.

2.6 Diagnosefragebögen

Um dieses Kapitel zu vervollständigen, möchte der Verfasser noch auf einige häufig verwendete Diagnosefragebögen eingehen.

Inzwischen gibt es sehr viele Fragebögen zur Einschätzung des Alkoholismus. Eine Übersicht findet man bei Feuerlein et al. (1998, 225 – 232)

Dabei sind die wichtigsten Gütekriterien Reliabilität und Validität. (vgl. Soyka 1999, 134) Auch sollten bei der Validierung nicht nur eine gesunde, nicht alkoholgefährdete Kontrollgruppe herangezogen werden, sondern auch psychisch oder physisch Erkrankte. Es müssen die sozialen, physischen oder psychischen Störfaktoren berücksichtigt werden. (vgl. ebd.)

Somit stehen die Fragebögen in der typischen quantitativ-empirischen Forschungstradition. Vor allem der AUDIT-Fragebogen und der MALT zielen auf Messbarkeit bzw. Operationalisierbarkeit ihrer Merkmale ab, um eine statistisch wahrscheinliche Aussage treffen zu können. Dies ist aber immer mit einem gewissen Reduktionismus und einer Kategorisierung der befragten abhängigen Menschen verbunden.

Im Folgenden sollen kurz drei häufig verwendete Diagnosefragebögen vorgestellt werden.

Ein besonders einfacher und kurzer Screeningtest, der aber durchaus aussagefähig ist, ist der CAGE-Test:

- Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihren Alkoholkonsum zu verringern (Cut down)?
- Wurden Sie schon einmal wegen Ihres Konsums kritisiert (Annoyed)?
- Haben Sie sich schon einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen des Trinkens (Guilty)?
- Haben Sie schon einmal morgens getrunken, um in „die Gänge zu kommen“ (Eyeopener)?

Eine genauere Diagnostik sollte ab 2 Fragen mit ja erfolgen. (vgl. Mayfield et al. 1979)

Ein vielfach verwendetes und standardisiertes Interview ist der *AUDIT-Fragebogen (Alkohol Use Disorders Test)* (vgl. Babor et al. 1989)

Als Maßeinheit für diesen Test gilt:

1 Drink = 10 g Alkohol (ca. 0,3 l. Bier; 0,125l. Wein; 4 cl. Korn, 1Alkopop)

	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie im letzten Jahr Alkohol getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	2-mal im Monat	3-mal im Monat	4-oder mehrmal im Monat
Wie viele Drinks trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 und mehr
Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich

Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen Anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nie	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr

Bei über 8 Punkten ist eine Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich. (vgl. Babor et al. 1989)

Der AUDIT - Fragebogen operiert unter anderem mit Angaben von Konsummengen (Alkoholgehalt in Gramm), die neben anderen Merkmalen über die Diagnostizierung einer Abhängigkeit entscheiden. Auch hier ist wieder darauf hinzuweisen, dass eine genaue Grenzziehung über Mengenangaben natürlich nicht realistisch ist.

Insgesamt werden in diesem Test Items abgefragt, die vor allem den Missbrauchskriterien des DSM zuzuordnen sind und mehr auf den Bereich der Verhaltensauffälligkeiten eingehen.

Ein weiterer wichtiger Fragebogentest ist der MALT (Münchener Alkoholismus-Test), er besteht aus einem Fremd- und einem Selbsteinschätzungsteil. (vgl. Feuerlein et al. 1979)

Diagnostik: MALT-Fremdbeurteilung (vom Arzt zu beurteilen)

- Lebererkrankung (mindestens 1 klinisches Symptom und ein pathologischer Laborwert)
- Polyneuropathie (wenn keine andere Ursache fassbar)
- Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)
- Alkoholkonsum > 150 ml (Frauen > 120 ml) über einige Monate
- Alkoholkonsum > 300 ml (Frauen > 240 ml) ein oder mehrmals im Monat
- Foetor alcoholicus während der Untersuchung
- Angehörige haben schon einmal um Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten

Jedes Item zählt 4 Punkte.

MALT-Selbstbeurteilung

- In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände
- Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz
- Ich habe schon einmal versucht, Würgegefühl oder Brechreiz mit Alkohol zu kurieren
- Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten
- Es kommt nicht selten vor, dass ich vor dem Mittagessen bzw. 2. Frühstück Alkohol trinke
- Nach den ersten Gläsern habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiterzutrinken
- Ich denke häufig an Alkohol
- Ich habe auch manchmal Alkohol getrunken, obwohl es mir vom Arzt verboten wurde
- In den Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen
- An der Arbeitsstelle hat man mir schon Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht
- Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich alleine bin
- Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig

- Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt
- Ich habe versucht, ein Trinksystem aufzubauen (z.B. zu bestimmten Zeiten nicht zu trinken)
- Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken
- Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme
- Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen
- Ich glaube, Alkohol zerstört mein Leben
- Einmal möchte ich mit dem Trinken aufhören, dann wieder nicht
- Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke
- Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meiner Partnerschaft besser zurecht
- Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben
- Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden
- Man hat mich schon wiederholt auf meine ‚Alkoholfahne‘ angesprochen

Jedes Item zählt 1 Punkt.

FB + SB: 6 -10 Verdacht; > 10 Diagnose

Der wesentliche Unterschied in der Testzusammensetzung des MALT im Vergleich zu den anderen Tests ist der zusätzliche Fremdeinschätzungsteil. Dies deutet darauf hin, dass bei Alkoholikern die Eigen- und Fremdeinschätzung oft sehr unterschiedlich sein kann. Ein Betroffener, der sich selbst nicht als abhängigkeitskrank sieht, kann vor allem auf Grund von offensichtlichen Folgeschäden von einem Arzt die Diagnose Alkoholismus zugesprochen bekommen. Dieses Phänomen der differierenden Eigen- und Fremdsicht wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch eine wichtige Rolle spielen.

3. Fazit

Wir haben nun viele verschiedene Definitionsversuche und Typologien kennen gelernt. Dabei haben wir auch gesehen, dass sich die Definitionen von Missbrauch, Abhängigkeit und Alkoholismus vor allem in den letzten Jahrzehnten immer wieder geändert haben. Hier wird die Schwierigkeit ersichtlich, das Phänomen der Alkoholabhängigkeit eindeutig zu erfassen.

All' diese Konstrukte sind Versuche, die Wirklichkeit, die Krankheit, den Alkoholismus zu beschreiben und zu definieren.

Die Analyse der jeweiligen Abschnitte hat gezeigt, dass es mehrere Krankheitskonzepte gibt, die einer Alkoholabhängigkeit zu Grunde liegen können:

- Ein auf der psychischen Ebene angesiedelter Drang oder innerer Zwang, konsumieren zu müssen und nicht aufhören zu können. Dabei kann es zu Kontrollverlust kommen.
- Eine körperliche Ebene in Bezug auf die Reaktion des Organismus. Dazu gehören die Toleranzsteigerung und die Entzugssymptome.
- Körperliche und seelische Folgeschäden auf Grund der toxischen Alkoholwirkung.
- Soziale Folgeschäden durch z.B. Verlust der Impulskontrolle und andere negative Auswirkungen auf das Umfeld.

Es macht jedoch nicht viel Sinn, die verschiedenen Ansätze isoliert zu betrachten oder sie für die Bestimmung des Krankheitswertes einzeln herzunehmen, da eine Abhängigkeitsentwicklung immer auf mehreren Ebenen stattfindet. Wir haben auch gesehen, dass die verschiedenen Konzepte nicht scharf voneinander zu trennen und teilweise sogar ineinander verwoben sind. Die verschiedenen Definitionsversuche haben aber auch gezeigt, dass eine Abhängigkeitsentwicklung nicht immer auf allen Ebenen stattfinden muss und einige Merkmale ausgeklammert werden können. Aber genau das macht es so schwierig, eine angemessene Definition zu finden.

Es wurde festgestellt, dass man die Grenzen zwischen Missbrauch und Abhängigkeit oder einem noch normalen und einem pathologischem Trinken nicht exakt festlegen kann. Es gibt lediglich mehrere Anhaltspunkte und Richtwerte.

Demzufolge gibt es einen Zeitpunkt der Abhängigkeitsentwicklung, an dem der Krankheitswert offensichtlich wird. Die Zeit bis dahin könnte man als Inkubationszeit bezeichnen. Denn vergleicht man diesen Umstand mit einer Virusinfektion, so finden dort auf molekularer Ebene bereits Körperprozesse statt, bevor der Betreffende oder Außenstehende

auf Krankheitssymptome aufmerksam wird. Und auch hier gibt es eine Übergangsphase, die z.B. mit leichten Kopfschmerzen und Unwohlsein einhergeht, bis die Erkrankung voll ausbricht.

Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich auch schleichend, bis sie irgendwann offensichtlich wird. Je länger die Krankheit fortschreitet, um so deutlicher sind alle oben genannten Ebenen beeinträchtigt.

Der Zustand eines langjährigen Alkoholismus, der mit massiven psychischen, physischen und sozialen Schädigungen einhergeht, wurde nochmals gesondert versucht zu definieren. Man spricht dann von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken. Dieser Definition widmet sich diese Arbeit jedoch erst nach einer ausführlichen Darstellung der Folgeerkrankungen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt soll noch beleuchtet werden:

Es wurde auch deutlich, dass sowohl die verschiedenen psychologischen Testverfahren als auch DSM und ICD das Ziel der Operationalisierung von Merkmalen verfolgen. Mittels genauer Merkmalsbeschreibungen wird versucht, das Phänomen des Alkoholismus zu beschreiben, was jedoch unweigerlich zu einem Reduktionismus und zu einer Kategorisierung führt. Individuelle Beschreibungen werden in den Fragebögen zu Gunsten von ja/nein-Antworten (vgl. MALT) oder Klassifizierungen (vgl. AUDIT) ausgeblendet. Die Merkmalsbeschreibungen des ICD und DSM zwingen einen Patienten in ein bestimmtes Raster, ebenso die Typologien von Jellinek. (vgl. oben).

Beispielsweise beschreibt Jellinek einen Abhängigkeitsverlauf, der mit einer statistisch gesicherten Wahrscheinlichkeit auf viele Abhängige zutrifft. Nur können diese aufgeführten Items im Einzelfall auch ganz anders zusammengesetzt sein, manche Punkte treten im Laufe einer Abhängigkeitskarriere vielleicht auch gar nicht auf. Vor allem erfahren wir nichts über das Erleben der Betroffenen im Bezug auf die beschriebenen Symptome. Was bedeutet es jeweils für einen Alkoholabhängigen, wenn das Denkvermögen beeinträchtigt ist, oder wenn Zusammenbrüche erlebt werden?

Die Fülle der verschiedenen unterschiedlichen Definitions- und Typologisierungsversuche trägt eher zu einer gewissen Verwirrung und Verunsicherung als zu einem möglichst einheitlichen und klaren Verständnis des Alkoholismus bei.

Wir erfahren viel darüber, welche Elemente im Laufe einer Abhängigkeitskarriere mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten können und welche Items für eine Diagnostizierung notwendig

sind, und doch weichen die jeweiligen Definitionen und Typologien inhaltlich wieder voneinander ab.

Wie aber im Einzelfall die Abhängigkeit erlebt wird, welche Bedeutung und Sinnzusammenhänge die beschriebenen Items in der Lebensgeschichte eines Betroffenen haben können, vorausgesetzt, sie treten im Einzelfall so auf, darüber haben wir nichts erfahren.

Und genau darin besteht das Hauptanliegen dieser Arbeit. Hier sollen die Betroffenen selbst zu Wort kommen. Es geht um die Innen- und Erlebnisperspektive von Alkoholikern.

Dazu soll jedoch gezeigt werden, dass die medizinische, physiologische, soziokulturelle, gesellschaftliche, entwicklungspsychologische, psychodynamische, behavioristische, systemische, neurobiologische und genetische Sichtweise, die sich zum großen Teil auf quantitativ-empirische wissenschaftliche Untersuchungen stützt, das subjektive Erleben der betroffenen chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen nicht ausreichend erfasst.

Deswegen beschäftigt sich der erste Teil dieser Arbeit mit dem Erkenntnisstand über chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige aus den verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven der eben aufgezählten Richtungen. Dabei werden im weiteren Verlauf zunächst die verschiedenen Facetten der Alkoholabhängigkeit allgemein beschrieben, um auf dieser Basis zu einem Verständnis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen im engeren Sinne vorzudringen.

Somit bilden die dargestellten Definitionen eine erste Verständnisgrundlage, auf der die Definitionsmerkmale für CMA aufbauen, und auch das nächste Kapitel über die Epidemiologie des Alkoholismus ist hierfür ein wesentlicher Bestandteil. Der folgende Abschnitt baut auch insofern auf dem letzten auf, als hier die Diagnoseinstrumente, vor allem der DSM zur Ermittlung von zahlenmäßigen Angaben über den Alkoholismus in der Bevölkerung genutzt werden. Es werden aber auch noch weitere Klassifikationsschemata vorgestellt.

4. Epidemiologie des Alkoholismus

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Epidemiologie des Alkoholismus in Deutschland. Betrachtet wird das Konsumverhalten und einige gesamtgesellschaftliche Auswirkungen.

Die Häufigkeit, genauer gesagt die Prävalenz und die Inzidenz von Missbrauch und Abhängigkeit in der Gesamtbevölkerung zu bestimmen, ist schwierig. (vgl. Feuerlein et al. 1999, 46)

Zunächst versteht man unter Prävalenz die Prozentzahl der (untersuchten) Personen, bei denen ein bestimmtes Merkmal, hier der Alkoholismus, vorhanden ist. Sie bezieht sich entweder auf einen Stichtag („Punktprävalenz“), auf eine kurze oder längere Periode (z.B. Monat oder Jahr) oder auf die Lebenszeit.

Unter Inzidenz versteht man die Prozentzahl der Personen, die in einem bestimmten Zeitraum das Merkmal, z.B. eine bestimmte Krankheit (hier Alkoholismus), neu erworben haben oder erstmalig als Merkmalsträger diagnostiziert wurden. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 104)

Die Verbreitung des Alkoholismus, hier als Oberbegriff für Missbrauch sowie Abhängigkeit von Alkohol gebraucht, kann für epidemiologische Fragestellungen mit verschiedenen Methoden abgeschätzt werden. (vgl. ebd.)

Die indirekten Methoden errechnen ihre Ergebnisse durch Schätzungen und Hochrechnungen. Eine indirekte Methode wurde vom französischen Statistiker Ledermann entwickelt. Er geht davon aus, dass die Verteilungskurve der Personen, die bestimmte Alkoholmengen konsumieren, in einer Bevölkerung keineswegs der Normalverteilung entspricht, sondern logarithmisch gestaltet ist. Das heißt der größte Teil des konsumierten Alkohols wird von einem relativ kleinen Teil der Bevölkerung getrunken. (vgl. Ledermann 1956,) Des Weiteren nahm er an, dass es eine feste Relation zwischen dem Durchschnittswert und der Varianz gibt. Wenn sich nun der Durchschnittsverbrauch verändert, kommt es zu Veränderungen auf allen Ebenen des Verbrauchs, zum Beispiel auch des „Missbrauchs“ oder des „starken Trinkens“. (vgl. ebd.)

Dieses Modell hat einige Schwachpunkte, so zum Beispiel die Ungenauigkeit der Mengenangaben. Es wird aber noch heute von der WHO vertreten und verwendet. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 105)

Eine weitere indirekte Methode zur Berechnung der Häufigkeit des Alkoholismus basiert auf der Mortalitätsrate durch Leberzirrhose. (vgl. Jellinek 1942). Auch dieses Instrument wird heute noch für gesundheitspolitische Planung verwendet. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 105)

Genauere Angaben über die Prävalenz und Inzidenz lassen sich nur über direkte Methoden gewinnen. Man geht bei diesen Methoden von dem bimodalen Modell aus, das sich auf die jeweiligen klinischen Klassifikationsschemata mit ihrer Einteilung in *Abhängigkeit* und *Missbrauch* oder *schädlichen Gebrauch* bezieht.

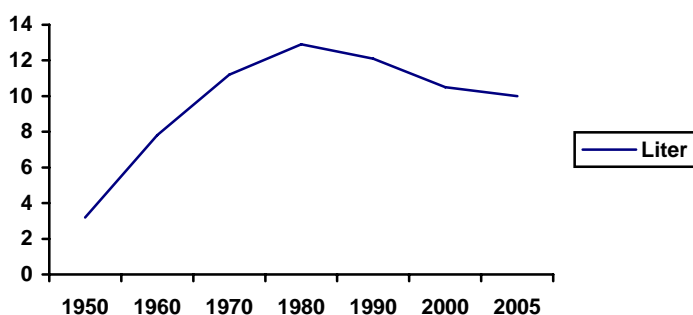
Zu den Zahlen kommt man durch Feldstudien mit direkten Befragungen von Alkoholkonsumenten. Ein Problem hierbei ist jedoch die so genannte Dissimulationstendenz der Probanden, die oftmals mit der Tabuisierung des Alkoholkonsums einhergeht. (vgl. Kraus 1996)

Der Alkoholkonsum der Gesamtbevölkerung wird nach indirekten Methoden geschätzt und als Pro-Kopf-Verbrauch angegeben. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 106)

Im Jahr 2005 betrug der Pro-Kopf-Konsum an alkoholischen Getränken für Deutschland 144,6 l. Er sank geringfügig bei Bier auf 115,2 l., bei Spirituosen auf 5,7 l. und bei Wein auf 19,9 l., blieb aber für Schaumwein verglichen mit dem Vorjahr konstant bei 3,8 l. (vgl. Meyer & John 2007, 23)

Im internationalen Vergleich wird vor allem der Verbrauch an reinem Alkohol herangezogen. Für das Jahr 2005 wird für den Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol 10,01 l. errechnet. Im Vergleich zu anderen Ländern lag Deutschland im Jahre 2003 auf Platz fünf. (vgl. ebd.)

Verbrauch je Einwohner an reinem Alkohol:



Jahr	Liter
1950	3,2
1960	7,8
1970	11,2
1980	12,9
1990	12,1
2000	10,5
2005	10,0

(vgl. Meyer & John 2007, 28)

Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des Alkoholkonsums pro Kopf der Bevölkerung für das Jahr 2003

Land	reiner Alkoholkonsum in Liter	Veränderung insgesamt 1970 – 2003 in %
1. Luxemburg	12,6	26,3
2. Ungarn	11,4	25,1
3. Tschechien	11,0	31,0
4. Irland	10,8	83,6
5. Deutschland	10,2	- 0,5
6. Spanien	10,0	-13,8
7. Großbritannien	9,6	80,1
8. Portugal	9,6	-2,7
9. Dänemark	9,5	39,7
10. Österreich	9,3	-11,3
11. Frankreich	9,3	-42,7

(vgl. Commission for Distilled Spirits, 2005)

Insgesamt erhalten im Jahr 2000 3,1% der 18- bis 59-Jährigen die Diagnose Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV. Davon sind 4,8% der Männer und 1,3% der Frauen betroffen. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung ergeben sich 1,5 Mio. Alkoholabhängige, davon sind 1,2 Mio. Männer und 300.000 Frauen. (vgl. Kraus & Augustin et al. 2001)

In einer Follow-up-Studie, die in den 70er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts durchgeführt wurde, ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 13% für Alkoholmissbrauch für die erwachsene Bevölkerung der 25- bis 64-Jährigen. (Männer 21%, Frauen 5,1%) Jedoch erfüllten nur 13% der Männer und 0,9% der Frauen die Kriterien für eine 6-Monats-Punktprävalenz. (vgl. Bronisch & Wittich 1992) Der durchschnittliche Beginn der Alkoholabhängigkeit lag im Alter von 30 Jahren. (vgl. ebd.)

Einen Überblick über die Verteilung der jeweiligen Altersgruppen gibt die EBIS-Statistik, die im Jahre 1994 erstellt wurde. Es wurden Personen in der Statistik aufgenommen, die ambulante Beratungsstellen aufgesucht haben.

Alter	Abhängigkeit		Schädlicher Gebrauch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
< 18	0,1	0,1	1,3	3,8
18 – 19	0,4	0,4	2,6	3,5
20 – 24	2,9	2,0	11,6	14,1
25 – 29	8,8	6,2	18,1	14,1
30 – 39	34,7	30,6	31,9	32,2
40 – 49	30,6	32,7	19,3	22,5
50 – 59	19,0	22,8	12,4	12,0
> 60	3,3	4,7	2,6	3,4
Unbekannt	0,2	0,4	0,2	0,4
Summe 25 - 59	93,1	92,3	81,7	80,8

(vgl. Tauscher et al. 1995)

Es zeigt sich eine Häufung in den mittleren Altersgruppen.

Eine weitere Einteilung ermöglicht Grenzwerte, die im Rahmen einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen untersucht worden sind. (vgl. Kraus & Augustin et al. 2001). Demnach liegt die Grenze für einen risikoarmen Konsum bei 30g Alkohol für Männer und bei 20g für Frauen am Tag. Ein riskanter Konsum ist demnach bei den Männern bei 30 g bis 60g, bei Frauen bei 20g bis 40g am Tag. Ein gefährlicher Konsum beginnt demnach bei Männern ab 60g und bei Frauen ab 40g pro Tag. (vgl. ebd.)

Dabei wird bei den Mengenangaben oft in Getränken zu 10 g Alkohol gerechnet. Dies entspricht 0,3 l. Bier, 0,125 l. Wein und etwa 15 ml. hochprozentigem Schnaps.

Folgende Statistik zeigt die Konsumintensität in den letzten 12 Monaten in der Bundesrepublik Deutschland. Die Prozentzahlen sind hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung der 18- bis 59-Jährigen. Diese Anzahl beträgt 47,3 Mio. (vgl. ebd.)

	In Prozent	Insgesamt	Männer	Frauen
Alkoholabstinent	5,5 %	2,6 Mio	1,2 Mio	1,4 Mio
Risikoarm M bis 30g, F bis 20g	78,2 %	37,5 Mio	18,0 Mio	19,4 Mio
Riskant M 30 – 60 g F 20 – 40 g	11,7 %	5,6 Mio	3,7 Mio	1,9 Mio
gefährlich M 60 – 120 g F 40 – 80 g	3,9 %	1,9 Mio	1,4 Mio	0,5 Mio
Hochkonsum M über 120 g F über 80 g	0,7 %	350.000	220.000	140.000

(vgl. Kraus & Augustin et al. 2001)

Jugendalkoholismus:

Bei den Jugendlichen unter 18 Jahren schätzt man, dass ca. 250 000 abhängig oder stark gefährdet sind. (vgl. <http://www.wikipedia.de/Jugendalkoholismus.dhs>) Der Erstkonsum findet meist mit 12,5 Jahren statt. Vor allem das Binge-drinking hat sich in den letzten Jahren stark vermehrt, (Binge-drinking bedeutet umgangssprachlich ‚Komasaufen‘) und auch die Beliebtheit von Alcopops ist gestiegen. (vgl. Bartsch 2007)

Höheres Lebensalter:

Man schätzt, dass 3% der über 60-Jährigen alkoholabhängig sind, das sind etwa 300.000 Frauen und Männer. (vgl. Rumpf & Weyerer 2006)

Steuern und volkswirtschaftlicher Schaden:

Die staatlichen Einnahmen aus Bier-, Schaumwein- und Spirituosensteuer lagen im Jahr 2005 bei 3,4 Mrd. Euro. Im Vergleich dazu: Die durch alkoholassoziierte Erkrankungen bedingten volkswirtschaftlichen Kosten werden auf jährlich 20,2 Mrd. Euro geschätzt. Die Aufwendung für die Bewerbung von alkoholischen Getränken betrug 519 Mio. Euro. (vgl. Meyer & John 2007, 23)

Mortalität

Alkoholbezogene Todesfälle werden auf ca. 42.000, in Zusammenhang mit Tabakkonsum auf ca. 74.000 geschätzt. (vgl. ebd., 45 ; Hüllinghorst 1995, 31)

Die häufigste Todesursache bei männlichen Alkoholikern ist die Leberzirrhose (15,6%), ischämische (Durchblutungsstörungen) Herzerkrankungen (14,7), Tumoren des oberen Verdauungstraktes (4,9%) und der Lunge (3,8%). Bei den unnatürlichen Todesursachen zählt man Suizide (12,6%) und Unfälle (5,6%). (vgl. Feuerlein et al. 1999, 50)

Entgiftungen und Entwöhnungsbehandlungen

In einer Hochrechnungsstudie von Wienberg wurde errechnet, dass jährlich nur etwa 30.000 Alkoholiker eine Entwöhnungsbehandlung durchlaufen und weitere 62.000 eine stationäre Entgiftung. (vgl. Wienberg 1992, 21,31)

Alkoholismus und der ‚Beigebrauch‘ anderer Stoffe

Etwa 48% der von illegalen Drogen Abhängigen trinken regelmäßig Alkohol, ein Drittel der Drogenabhängigen sogar in einem Ausmaß, das als Missbrauch bezeichnet werden muss. Nur wenig Alkoholiker konsumieren jedoch illegale Stoffe. So betreiben ca. 7,5% der alkoholabhängigen Männer einen Heroinmissbrauch. (vgl. Simon et al. 1995, 231)

Zusätzlicher Medikamentengebrauch kommt besonders häufig bei Frauen vor. Von 6353 stationär behandelten Alkoholikern berichteten 13% der Männer und 29% der Frauen über gleichzeitigen Medikamentenmissbrauch. (vgl. Schmidt et al. 1987)

Ein besonderes Problem stellt das Rauchen dar. So geht man davon aus, dass mindestens 70% der Alkoholabhängigen regelmäßig rauchen. (vgl. Simon et al. 1995, 231)

Dies ist auch ein Phänomen, das der Verfasser dieser Arbeit aus der Praxis besonders bei den chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen bestätigen kann. In den letzten 3 Jahren hatte die entsprechende Einrichtung (Reha-Zentrum Oberpfalz) eine Raucherquote von ca. 95%.

Zusammenfassung

Insgesamt gab dieser Abschnitt Auskunft über Zahlen und Häufigkeitsverteilungen von verschiedenen Stufen des Alkoholismus, die sich an der Konsummenge orientieren. Dadurch erhielten wir einen Einblick in die weite Verbreitung des Alkoholismus, und wir bekommen erste Hinweise auf die Gefahren und Folgen eines übermäßigen Konsums. Dadurch wird eine Verständnisgrundlage geschaffen, die für das Ausmaß eines chronischen Hochkonsums

notwendig ist, und damit wird ein weiterer Schritt zur Hinführung zum Krankheitsbild der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen gegangen.

Das nächste Kapitel geht auf den Alkoholstoffwechsel ein und bildet dadurch eine weitere Verstehensbasis für die Ursachen und Folgeschäden des Alkoholismus.

5. Alkoholstoffwechsel

Um die multiplen Folgeschäden des Alkohols verstehen zu können, die schließlich das Krankheitsbild der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen beschreiben, ist es wichtig, sich die direkten Auswirkungen des Alkoholkonsums zu vergegenwärtigen. Dazu gehören vor allem Resorption und Verteilung sowie Wirkungsweise des Alkohols. Zunächst sollen jedoch kurz die chemischen Grundbegriffe erläutert werden.

Grundbegriffe der Chemie und Pharmakologie des Alkohols

Die chemische Bezeichnung des Alkohols ist Ethylalkohol (Ethanol): C_2H_5OH . (vgl. Feuerlein 1998, 25)

Alkohol ist eine farblose und brennend schmeckende Flüssigkeit. Das spezifische Gewicht liegt bei 0,79 g/l, der Siedepunkt bei 78,3 °C. Alkohol ist sowohl in Fetten als auch in Wasser löslich und entsteht in sehr kleinen Mengen auch ‚endogen‘ im Körper. (vgl. ebd.) Die physiologische Konzentration liegt bei 0,75 mg/l. (vgl. ebd.)

5.1 Resorption und Verteilung

Alkohol wird von der Schleimhaut des Magens und des Darmes aufgenommen. 20% des Alkohols werden im Magen resorbiert und 80 % im Dünndarm. (vgl. ebd., 27)

Über das Blut wird der Alkohol im ganzen Körper verteilt. Auf Grund seiner fettlöslichen Wirkung überwindet er die aus fettartigen Stoffen konstruierte Blut-Hirn-Schranke und gelangt so auch ins Gehirn. (vgl. Lindenmeyer 2001, 41)

Durch die schnelle Resorption im Magen kann der Alkohol sehr schnell seine psychophysischen Wirkungen im Gehirn entfalten. Es dauert lediglich ca. 5 Minuten, bis beim Trinken der Blutalkoholspiegel zu steigen beginnt. (vgl. ebd.)

30 bis 60 Minuten nach der oralen Aufnahme ist die höchste Konzentration des Alkohols im Blut erreicht. (vgl. Feuerlein 1998, 25)

Man geht jedoch davon aus, dass es ein so genanntes Resorptionsdefizit gibt. Damit ist die Menge an oral aufgenommenem Alkohol gemeint, die nicht systemisch über den ganzen Körper verteilt wird. (vgl. ebd.) Ursache hierfür kann z.B. ein voller Magen, vor allem mit fetthaltiger Nahrung, sein. (vgl. ebd.)

Auch Geschlecht und Körpergewicht beeinflussen die Blutalkoholkonzentration. (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 99) „Frauen besitzen durchschnittlich weniger Körperwasser (500 ml/kg) und mehr Körperfett pro kg Körpergewicht als Männer (600 ml/kg).“ (ebd., 99) Ein höheres Körpergewicht bewirkt meist auch eine niedrigere Blutalkoholkonzentration. (vgl. ebd.)

Nach etwa 60 bis 90 Minuten ist die Resorption des Alkohols im gesamten Körper abgeschlossen und die Blutalkoholkonzentration entspricht der des Gewebes.

Mit der Widmark-Formel kann man den Blutalkohol (kurz: BAK) errechnen.

$$\text{BAK} = \frac{\text{Alkoholmenge in g}}{\text{Körpergewicht in kg} \times r}$$

Widmark-Faktor r:	Männer	Frauen
bei Normalgewicht	0,7	0,6
bei mehr als 25% Über-/Untergewicht	0,6/0,8	0,5/0,7

Nun kommt noch der oben erwähnte Resorptionsdefizitfaktor und der Abbau hinzu:

Für das Resorptionsdefizit zieht man 10% –bis 30% ab, und für den Abbau rechnet man pro Stunde nach der maximalen Wirkung 0,1 Promille. (vgl. Soyka 1995, 62)

5.2 Der Abbau

Die Abbaugeschwindigkeit ist jedoch individuell unterschiedlich und beträgt 0,1 bis 0,15 Promille in der Stunde. Beispielsweise dauert es ca. 8 Stunden, bis ein Blutalkoholspiegel von 0,8 Promille abgebaut ist. (vgl. Lindenmeyer 2001, 42)

Der Abbau erfolgt zu 0,5% bis 2% direkt über die Niere, ca. 5% über die Lunge und die Haut. Durch die beiden letzteren Abbauwege entsteht auch die berühmte Alkoholfahne. (vgl. ebd.)

Weitere 95% werden über die Leber ausgeschieden:

Dabei sind vor allem zwei Enzymsysteme von entscheidender Bedeutung:

- Die Alkoholdehydrogenase (ADH), die im Zytosol (Zellwasser) lokalisiert ist. (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 100) Von diesem Enzym sind bis zu 20 Isoenzyme bekannt, die genetisch determiniert sind. (vgl. Feuerlein 1998, 30)
- Das mikrosomale ethanoxidierende System (MEOS), das im endoplasmatischen Retikulum lokalisiert ist. (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 100) Dieses Enzymsystem wird jedoch erst eingeschaltet, wenn der Blutalkohol eines Menschen längere Zeit über 0,5 Promille liegt. (vgl. Lindenmeyer 2001, 45) Dabei wird das Isoenzym Cytochrom P450 IIE1 induziert, das dann verstärkt am Alkoholabbau beteiligt ist. (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 102)

Alkohol wird mit Hilfe der ADH zu Acetaldehyd oxidiert. Mit dem Enzym Acetaldehyddehydrogenase (ALDH) wird das Acetaldehyd zu Acetat gespalten und im Tricarbonsäurezyklus zu Wasser (H₂O) und Kohlendioxid (CO₂) umgewandelt. (vgl. Feuerlein 1998, 29)

„Flushing-Syndrom“

Von ALDH gibt es in der Leber 4 unterschiedliche Isoenzyme. (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 103) Bei 30% bis 50% der Asiaten ist das ALDH2 inaktiv. Dies führt zu einer erhöhten Konzentration des Acetaldehyds im Blut. Die Symptome sind Gesichtsrötung, kardiale Arrhythmie, Kopfschmerz und Erbrechen. (vgl. Adachi & Mizoi 1983, 103)

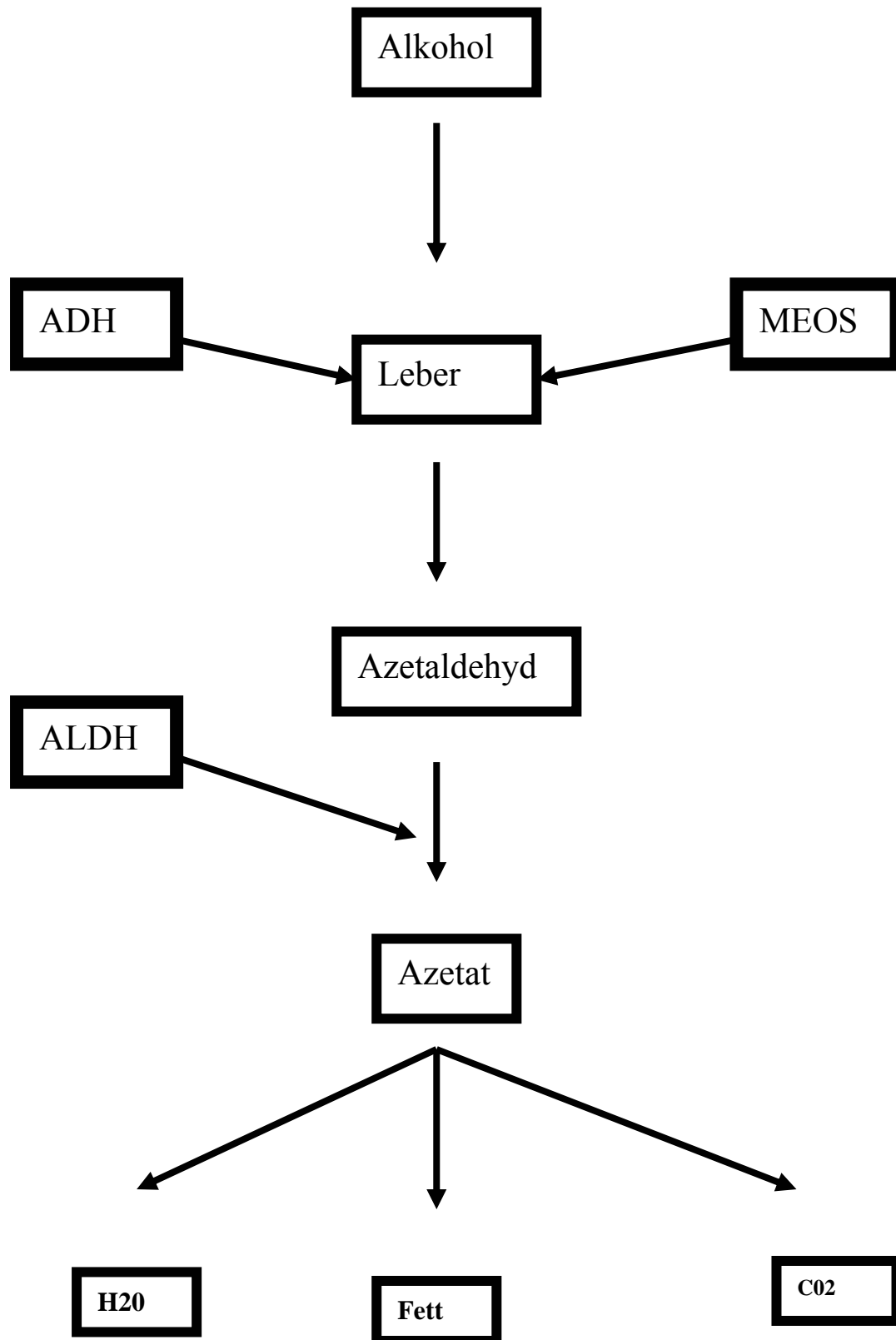
Eine ähnliche Wirkung hat das Disulfiram (Antabus). (vgl. Van Haaren & Hendriks 1999, 103 - siehe Abschnitt über alkoholsensibilisierende Medikamente)

Unangenehme Nebenwirkungen

Wenn nun das Wirkungsmaximum des Alkohols erreicht ist und der Alkoholabbau beginnt, dann kommt es nach einer angenehmen Hauptwirkung zu unangenehmen Nebenwirkungen. Dabei bildet Acetaldehyd zusammen mit den Catecholaminen Noradrenalin und Dopamin morphinähnliche Substanzen: Tetrahydroisochinoline (TIQ), Salsolinol und Tetrahydropapaverolin (THP). Außerdem reagieren Serotonin, Tryptamin mit Acetaldehyd zu β -Carbolinen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 31) Vor allem TIQ und vermutlich auch die β -

Carboline beeinflussen neurobiologische Vorgänge im Gehirn und führen zu einer mangelnden Endorphinaktivität im Gehirn. „Dies wird von Betroffenen je nach Situation als Unlust, Unruhe, Gereiztheit, Verstimmung, Deprimiertsein oder Kater erlebt.“ (Lindenmeyer 2001, 46)

Verstärkt wird dies, wenn das MEOS mit eingeschaltet wird, das nicht nur Alkohol, sondern auch Methanol abbaut. Methanol kommt in alkoholischen Getränken vor. Als Produkt entsteht Formaldehyd, woraus im Körper wieder verstärkt der Stoff TIQ gebildet wird, welcher die unangenehmen Nebenwirkungen des Alkoholabbaus verstärkt.(vgl. ebd., 48)



5.3 Die Wirkungsweise des Alkohols

Die Wirkung des Alkohols auf den Körper und die Psyche ist nicht nur von der Blut-Alkohol-Konzentration abhängig, sondern auch von der Alkoholgewöhnung und Alkoholtoleranz, von der Persönlichkeitsstruktur, von situativen Einflüssen, wie zum Beispiel Übermüdung oder Erschöpfung, und von der Umgebung. (vgl. Soyka 1999, 479) Alkohol hat insgesamt einen biphasischen Effekt auf das zentrale Nervensystem. Dabei wirken geringe Konzentrationen erregend, höhere Konzentrationen depressiv auf das Nervensystem. (vgl. ebd.) Der Alkohol wirkt im Gehirn zunächst auf das Großhirn, wo zum Beispiel das logische Denken und die Wahrnehmung beeinträchtigt wird. Zunehmend wird dann das Zwischenhirn beeinflusst, vor allem das limbischen System und die Hypophysenfunktion, die Gefühle wie Lust und Unlust, Freude und Schmerz, Angst und Trauer steuern. (vgl. Lindenmeyer 2001, 117) Ab 1,4 Promille kommt es zur Betäubung von Gefühlen und zur Ermüdung. (vgl. ebd.) Bei steigender Alkoholkonzentration wird auch das Kleinhirn und dadurch die Bewegungskoordination beeinträchtigt und in sehr hohen Dosen auch das Stammhirn, das lebenswichtige Funktionen wie Herzrhythmus, Blutkreislauf und Atmung steuert. (vgl. ebd.)

Klinisch unterscheidet man zwischen leichten, mittleren und schweren Rauschzuständen bis hin zum alkoholischen Koma. (vgl. Soyka 1999, 479)

Leichte Rauschzustände: bis 1,0 Promille:

- BAK bis 0,3
 - Gefäßerweiterung, Verlängerung der Dunkeladaption, Störung der Feinmotorik, enthemmende Wirkung mit Steigerung der Redseligkeit, Lustgefühle
- BAK bis 0,5
 - Deutliches Nachlassen der optischen und akustischen Reaktionsfähigkeit, insbesondere auf rote Signale, deutliche Erhöhung der Risikobereitschaft, Auffassungsstörung beginnt, verminderte Kritikfähigkeit, gesteigerte Libido

- BAK bis 1,0
 - Beginnender Verlust der Bewegungskoordination (Kleinhirn), des Gleichgewichts und der Reflexe mit Gang- und Standunsicherheit, Sehvermögen reduziert, Verlust der Selbstkontrolle, Übelkeit, Erbrechen

Mittelgradige Rauschzustände bis 2,0 Promille:

- BAK bis 1,5
 - Zunehmende Enthemmung, gehobener Affekt bis hin zu Euphorie oder Gereiztheit und Aggressivität (häufig im raschen Wechsel), Plaudersucht, Selbstgespräche, Stottern, deutlich eingeschränkte Auffassungs- und Kritikfähigkeit, Schwanken, Betäubung von Gefühlen, Ermüdung setzt ein
- BAK bis 2,0
 - Erbrechen, hilfloser Zustand, schwere Gleichgewichtsstörungen

Schwere Rauschzustände über 2,0 Promille:

- BAK bis 2,5
 - Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Angst, Erregung, aber auch Sedierung, Gleichgewichtstörungen, Dysarthrie, Schwindel, Ataxie und andere Beeinträchtigungen des cerebellovestibulären (Kleinhirn) Systems.
- BAK über 2,5
 - Störung von Atmung und Kreislauf (Stammhirn), die Bewegungsnerven versagen, das Bewusstsein setzt aus, Lebensgefahr

alkoholisches Koma:

- meist tödlich

(vgl. Lindenmeyer 2001, 115 ff. Soyka 1999, 479)

Pathologischer Rausch

Bei einer leichten bis mittelgradigen Alkoholisierung kann es zu Dämmerzuständen mit paranoider Symptomatik oder ungewöhnlichen Erregungszuständen kommen. (vgl. Soyka 1999, 479) Man spricht dann von einem pathologischen Rauschzustand mit schlagartigem Beginn. Es kommt dann zu aggressiven Handlungen bis hin zu Gewalttaten, psychotischem Erleben mit Verfolgungsängsten meist ohne die üblichen Trunkenheitssymptome. (vgl. ebd.) Dieser Zustand ist relativ kurz, er dauert oft nur einige Stunden und endet in einem Terminalschlaf. Die betroffenen können sich meist kaum oder gar nicht an die Ereignisse erinnern. (vgl. ebd.) Die Pathogenese ist unbekannt, jedoch sind wichtige Kovariablen höheres Alter und Übermüdung und allgemein eine niedrige Alkoholtoleranz (vgl. ebd.)

Alkoholinduzierte Amnesien

Es ist allgemein bekannt, dass Alkohol in höheren Dosen zu Amnesien und amnestischen Lücken führen kann, zu so genannten Filmrissen oder Blackouts. Die Pathogenese ist weitgehend unklar, auf neurobiologischer Ebene wurden vor allem Vorgänge am glutamatergen NMDA-Rezeptor beobachtet, der für Lernvorgänge von großer Bedeutung ist. (vgl. Tsai et al. 1995)

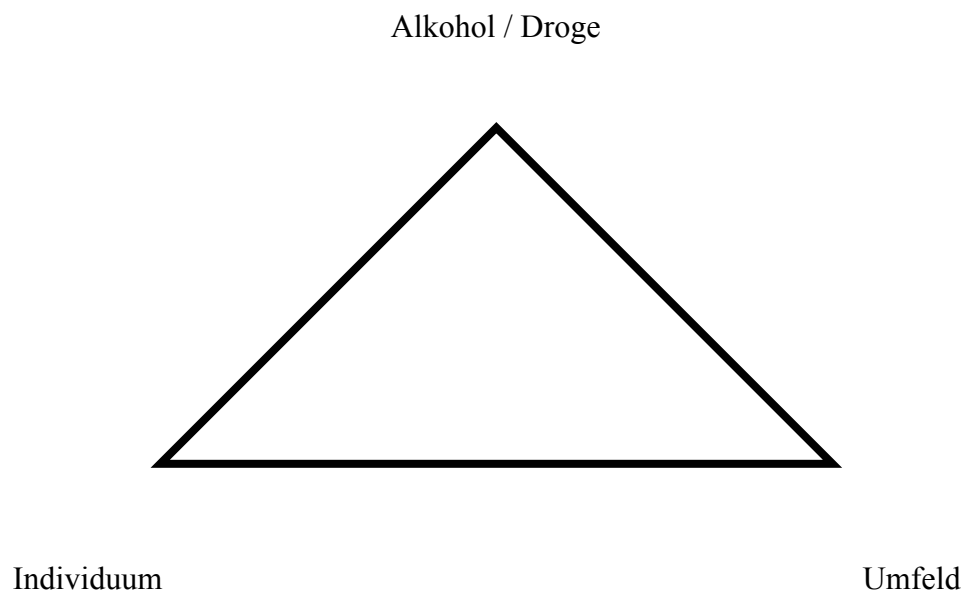
Nachdem wir nun wichtige Wirkungsmechanismen kennen gelernt haben, geht es im nächsten Kapitel um die Ursachen, die zu einer Alkoholerkrankung führen können.

6. Ursachen

Die Ursachen, welche zum Krankheitsbild des Alkoholismus führen können, sind multifaktoriell. Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über wesentliche Einflussfaktoren aus verschiedenen therapeutischen, neurobiologischen, genetischen, sozialen und soziologischen Perspektiven.

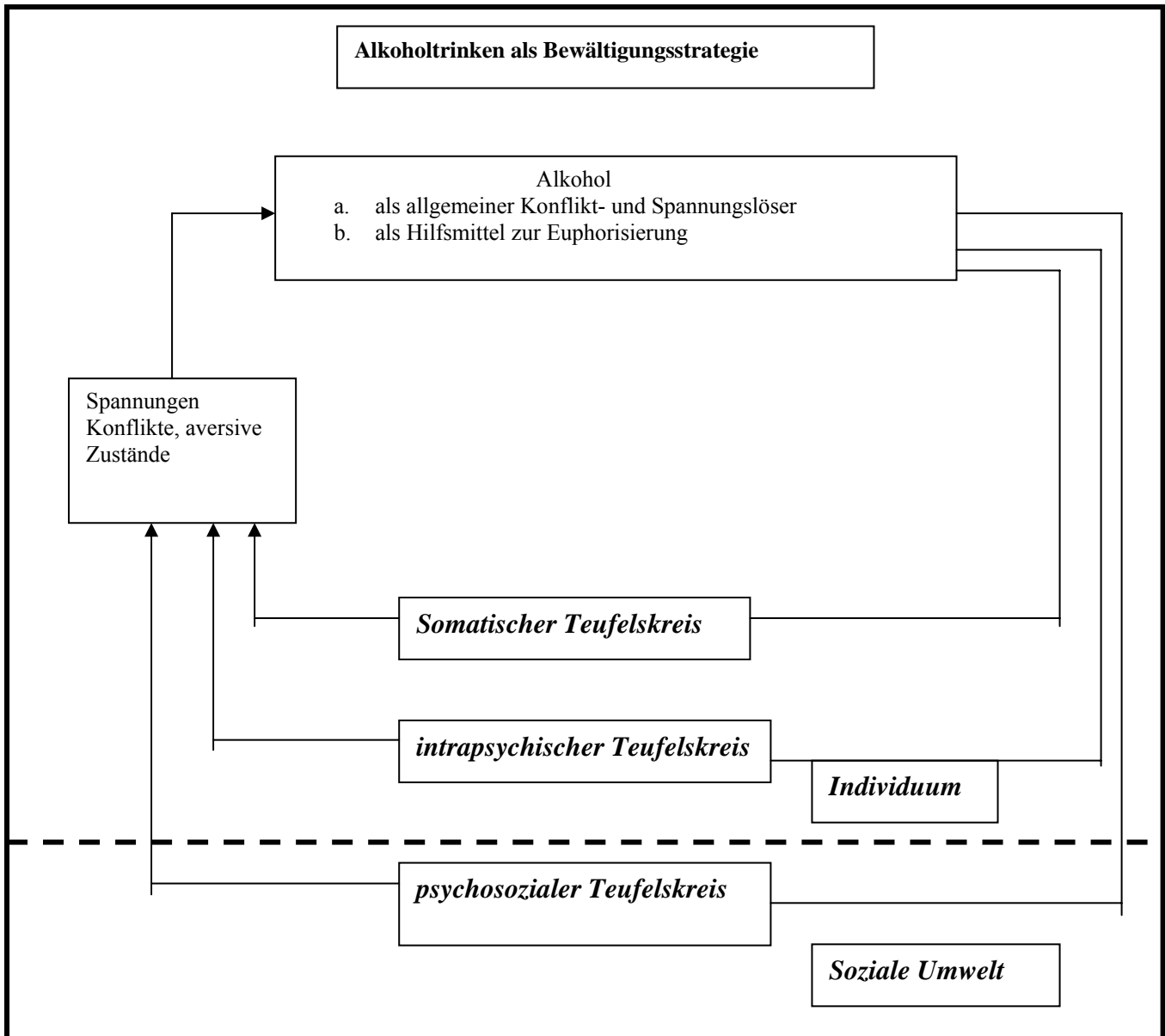
Zunächst werden zwei Modelle vorgestellt, die schulübergreifend wichtige Ursachen und Kreisläufe darstellen.

Drei grundsätzliche Ansatzpunkte werden durch das Suchtdreieck beschrieben: Die spezifische Wirkung der Substanz, die spezifischen Eigenschaften des trinkenden Individuums mit seinen physiologischen und psychischen Faktoren und die Besonderheiten des sozialen Umfeldes mit seinen soziokulturellen und sozioökonomischen Einflüssen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 16)



(vgl. ebd.)

In einem Modell von Küfner werden verschiedene Faktorengruppen aufgezeigt, die sich in unterschiedlicher Weise gegenseitig beeinflussen, sodass ‚Teufelskreisläufe‘ entstehen.



(vgl. Küfner 1981)

Nach dem Suchtdreieck und auch nach dem Modell von Küfner spielt bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit die Umwelt und damit die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen eine wesentliche Rolle. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige stammen oftmals aus sehr schwachen sozialen Milieus und sind mit der ‚Normalität‘ des Alkoholkonsums in der Gesellschaft auf Grund der hohen sozialen Desintegrität in besonderer Weise konfrontiert. Deswegen sollen als erster Punkt die sozialen und soziologischen Aspekte der Abhängigkeitsätiologie genauer betrachtet werden.

6.1 Soziale Aspekte

Zu den sozialen Ursachen des Alkoholismus zählen soziokulturelle Einflüsse, soziale Beziehungen der Herkunftsfamilie, Peergroups, Freunde, Gruppierungen, aber auch sozioökonomische Aspekte, wie z.B. die Einkommensverhältnisse. Auch die moderne Industriegesellschaft sowie die Massenmedien können verstärkend auf das Suchtverhalten einwirken.

6.1.1 Soziokulturelle Einflüsse

Ausgehend von den psychoaktiven Funktionen des Alkohols, vor allem der Spannungsminderung, Angstlösung und Erleichterung der sozialen Kontaktaufnahme, werden drei Grundeinstellungen zum Alkoholkonsum beschrieben (vgl. Bales 1946):

- Da gibt es einmal den rituellen Konsum, bei dem das Trinken in eine bestimmte Zeremonie eingebaut betrachtet wird. Dazu gehören sakrale Handlungen oder Trinkzeremonien bei öffentlichen und privaten Feiern. Dabei unterliegt der Konsum einer sozialen Kontrolle (vgl. ebd.)
- Eine weitere Form ist der sozial-konvivale Konsum, der das Trinken als einen im gesellschaftlichen Rahmen zu vollziehenden Akt ohne strenges Zeremoniell beschreibt. Durch Trinksitten ist auch hier eine soziale Kontrolle gegeben.(vgl. ebd.)
- Die dritte Grundeinstellung wird als utilitaristischer Konsum bezeichnet. Hier geschieht das Trinken des Geschmacks und der (pharmakologischen) Wirkung des alkoholischen Getränks wegen. Die Ziele können von der Selbstmedikation bis hin zu reinem Genuss reichen. Da diese Konsumform allein und manchmal sogar heimlich geschieht, besteht keine soziale Kontrolle. (vgl. ebd.)

Es gab und gibt viele Kulturen, in denen Alkoholkonsum üblich ist oder war. Dabei unterscheidet Bales zwischen drei Kulturformen:

- Da sind einmal die ‚Abstinenzkulturen‘, in denen jeglicher Alkoholkonsum verboten ist. Als Beispiele können islamistische, buddhistische und die hinduistische Kulturen gelten. (vgl. Bales 1946)
- Zum anderen gibt es ‚Ambivalenzkulturen‘, in denen Alkoholkonsum grundsätzlich nicht verboten ist. Jedoch gibt es Konflikte zwischen unterschiedlichen koexistenten Wertstrukturen. Diese Kulturen basieren im Westen auf asketisch-puritanischen und

nordeuropäisch-protestantischen Auffassungen. Man findet sie vor allem in den anglo-amerikanischen und den skandinavischen Ländern. Dort ist der Alkoholvertrieb teils sehr strengen Beschränkungen unterworfen. (vgl. ebd.)

- Des Weiteren werden die ‚Permissivkulturen‘ genannt. Dort ist Alkoholkonsum erlaubt, gleichzeitig werden aber pathologische Formen des Alkoholkonsums abgelehnt, zum Beispiel das Lenken von Fahrzeugen unter Alkoholeinfluss. In diesen Kulturen sind die Menschen seit der späten Kindheit an häufigen, wenn auch limitierten Alkoholkonsum gewöhnt. Dies trifft vor allem auf die mediterranen Länder zu. In diesen Ländern gibt es also noch relativ klare und verbindliche Regeln im Umgang mit Alkohol. In Spanien oder Italien ist zum Beispiel der Wein Bestandteil von Mahlzeiten. Jedoch wird zum Beispiel gelegentliches Betrunkensein oder wiederholtes Trinken von Alkohol außerhalb der Mahlzeiten abgelehnt. Bezüglich der Trinkmenge und der Trinksituationen wird ein normaler von einem übermäßigen Alkoholkonsum abgegrenzt.
- Schließlich werden noch die ‚Permissiv-funktionsgestörten-Kulturen‘ genannt, in denen nicht nur das normale Alkoholtrinken, sondern auch der exzessive Konsum gebilligt wird. (vgl. ebd.) Hier gibt es also keine klaren Grenzen zwischen normalem und unnormalem Alkoholkonsum. Konsumformen wie ‚Wetttrinken‘, ‚wiederholte Rausche‘ oder ‚Kater‘ sind stark verbreitet. Zu diesen Ländern zählt auch Deutschland, aber auch Frankreich und Großbritannien. (vgl. Lindenmeyer 2001, 14) Dadurch wird jemand, der über viele Jahre ein riskantes und gesundheitsschädliches Trinkverhalten praktiziert, lange Zeit nicht von seiner Umwelt korrigiert. (vgl. ebd.)

Insgesamt kann man in den letzten Jahrzehnten vor allem durch die Globalisierung eine gewisse Angleichung der Trinksitten beobachten. Außerdem gibt es innerhalb der genannten Kulturformen in bestimmten Subkulturen und zu bestimmten Jahreszeiten (z.B. Karneval oder die Dorfkirchweih) erhebliche Unterschiede beim Konsum von Alkohol. (vgl. Feuerlein 1999, 43)

Lindenmeyer nennt nun drei kulturelle Regeln für Deutschland, die ein sozial auffälliges ‚unnormales‘ Trinkverhalten vom unauffälligen normalen Trinkkonsum in etwa abgrenzen. (vgl. Lindenmeyer 2001)

- „Erwachsene trinken Alkohol, Kinder nicht“
- „Männer trinken mehr als Frauen“
- „Alkohol trinkt man auf Partys und nicht zum Frühstück“

(vgl. ebd.)

Und in der Tat ist es so, dass in Deutschland starke präventive Bemühungen herrschen, Kinder vor frühzeitigem Alkoholmissbrauch zu schützen. Und auch die Zahl der Abhängigen ist bei den Männern höher als bei Frauen.

Des Weiteren nennt Lindenmeyer fünf ungeschriebene Gesetze, an denen sich in Deutschland der Alkoholkonsum orientiert.

„Regelmäßiger Alkoholkonsum ist normal“

Fast 25% der Bundesbürger trinken täglich Alkohol, über 50% mindestens einmal die Woche und nur 7% bis 12% trinken keinen Alkohol. (vgl. ebd. 15)

„Alkohol gehört dazu“

In vielen Situationen ist Alkoholkonsum in Deutschland normal. So wird beim geselligen Beisammensein, beim Fernsehen, in Gaststätten und Kneipen, beim Abend- oder Mittagessen und teilweise sogar noch am Arbeitsplatz getrunken. (vgl. ebd.)

„Alkohol tut gut“

Es herrscht eine stark verbreitete, positive Meinung alkoholischen Getränken und ihrer Wirkung gegenüber, z.B.:

- „Alkohol bewirke, dass man sich in Gesellschaft wohler fühlt“
- „Alkohol erleichtere, neue Kontakte zu knüpfen“
- „Alkohol ist entspannend“
- „Alkohol verbessere das Selbstvertrauen, man wird humorvoller und einfallsreicher“
- „Alkohol helfe über Niedergeschlagenheit und Depression hinweg“

Diese Einstellungen verdeutlichen, dass Alkohol in vielen Situationen als eine Art Lösungs- oder Hilfsmittel angesehen wird.

Auch wird durch Konsum in der Freizeit „eine Art Auszeit im Sinne eines zeitlich begrenzten Rückzuges von allen Verpflichtungen genommen“. (ebd., 18)

„Trinke so viel wie Dein Nachbar“

Oft hängt es von Trinksituationen und dem Alkoholkonsum der Mittrinkenden ab, welche Alkoholmenge als angemessen angesehen wird. Bei Männern äußert sich das oft im ‚Niveau-Trinken‘, im gemeinsamen Aufgeben der Bestellung oder im ‚Runden-Trinken‘, dem ‚Werfen von Runden‘, bei dem alle mittrinken müssen und erst am Ende aussteigen können.

Durch die gleiche Trinkmenge wird das Zusammengehörigkeitsgefühl der Beteiligten gestärkt, und es entsteht eine Art Statussymbol für Gastfreundschaft, Reichtum, guten Geschmack oder besondere Kultiviertheit. (vgl. ebd., 19)

„Alkoholtrinken ist Privatsache“

Die meisten Menschen in Deutschland sind der Meinung, dass man sich in den Alkoholkonsum von anderen nicht einmischen sollte. (vgl. ebd., 19)

Für Betroffene ist oftmals keine klare Grenze ersichtlich, ab wann es denn ‚genug‘ ist, und ab wann Alkoholkonsum gefährlich wird.

Es ist gut möglich, dass in Einzelfällen hinter den beschriebenen Umgangsformen mit Alkohol bereits kritische Verwendungsweisen verborgen sind, die dem Betroffenen und seiner Umwelt somit unbewusst bleiben. (vgl. ebd., 20)

Jemand, der bereits mit gezieltem, täglichen Wirkungstrinken angefangen hat, um Schwierigkeiten zu bewältigen, wird nicht auffallen, solange er das in geselligen Situationen tut. Erst, wer bereits morgens oder verstärkt in Situationen, in denen er alleine ist, trinkt, wird von seiner Umwelt nicht mehr als vollkommen ‚normal‘ eingeschätzt. (vgl. ebd.)

6.1.2 Soziale Beziehungen als Einflussfaktor

Elterliches Trink-und Kontrollverhalten:

Eine Reihe von Längsschnittstudien haben gezeigt, dass das Trinkverhalten der Eltern und später das der Gleichaltrigen einen entscheidenden Einfluss auf die ersten Alkoholerfahrungen hat. (vgl. Duncan et al., 1993) Es konnte gezeigt werden, dass eine elterliche Permissivität bezüglich eines starken Alkoholkonsums mit einem höheren Alkoholkonsum von Jugendlichen in Zusammenhang steht. (Dielman et al. 1991, 76)

Vor allem ein starkes Trinkverhalten des Vaters korreliert mit dem späteren Alkoholkonsum von jungen Erwachsenen. (vgl. Barnes et al. 1992)

Insgesamt ist es in diesem Bereich schwierig, zwischen genetischen und psychosozialen Merkmalen zu unterscheiden. Johnson und Rolf, Windle und Searles tragen Ergebnisse von vielen Studien zusammen. Die Ergebnisse sind teilweise sehr widersprüchlich. (vgl. Johnson & Rolf 1994, 54; Windle 1994, 140 ff.)

Die Charakteristika der Alkoholikerfamilien, die vermutlich einen negativen Effekt bewirken, sind eine geringe Familienkohäsion, wenig emotionaler Austausch und eine geringe Übereinstimmung in unterschiedlichen Fragen zwischen beiden Elternteilen. In einer Untersuchung von Johnson und Rolf werden gewisse Tendenzen ersichtlich: Häufig zeigen Kinder aus Alkoholikerfamilien hyperaktives und delinquentes Verhalten, sie sind in der Schule weniger angepasst und weisen mehr gesundheitliche Probleme auf, zeigen mehr emotionale Probleme wie Ängste oder Depressionen, haben ein niedrigeres Selbstwertgefühl, beurteilen ihre subjektive Kontrolle über ihr soziales Umfeld niedriger und neigen zur Externalisierung ihrer Probleme. (vgl. Johnsons & Rolf 1994, 73, 74) In einer anderen Studie weist Williams darauf hin, dass Kinder von alkoholabhängigen Eltern zum Beispiel ein sehr hohes Verantwortungsbewusstsein haben. (vgl. Williams 1994, 112) Searles schätzt, dass 75% der Kinder von alkoholabhängigen Eltern keine wesentlichen Schwierigkeiten mit Alkohol bekommen. (vgl. Searles 1994, 200)

Bennett & Wolin betrachten den Alkoholismus als Familienkrankheit, das bedeutet, dass bereits das Trinken eines Elternteils Auswirkung auf alle Familienmitglieder hat. (vgl. Bennett & Wolin 1994, 18) In dieser Untersuchung wird festgestellt, dass vom Alkoholismus weniger berührte Bereiche als Schutzfaktor für die Kinder gesehen werden, wie z.B. die Teilnahme an Mahlzeiten. (vgl. ebd., 39)

Hinsichtlich der äußeren Familienstruktur, wie die Anzahl der Geschwister, der zeitliche Abstand der Geschwisterreihe und die Stellung in der Geschwisterfolge, kommen verschiedene Studien zu folgenden Ergebnissen:

Man nimmt an, dass in größeren Familien die Eltern weniger unterstützendes Verhalten und weniger indirekte Kontrolle haben, aber mehr autoritäre Kontrolle den Kindern gegenüber entwickeln. Zucker konnte eine größere Häufigkeit von Alkoholikern in großen Familien feststellen. (vgl. Zucker 1976, 211 f.)

Bezüglich der Geschwisterreihe konnte festgestellt werden, dass die Letztgeborenen im Vergleich zu allen übrigen Geschwistern häufiger Alkoholiker sind. (vgl. Blane & Barry 1973) Dies ist unabhängig von der Familiengröße. Allerdings findet sich auch ein Überwiegen der Letztgeborenen bei anderen psychiatrischen Patienten. (vgl. ebd.) Verschiedene Erklärungen für dieses Phänomen wurden diskutiert. Man nimmt an, dass die Schlussstellung in der Geschwisterreihe ein besonderes Verhältnis der Abhängigkeit von den Eltern mit sich bringt, in dem diese jüngsten Kinder der stärksten Verwöhnung und Bevormundung ausgesetzt sind. (vgl. ebd.)

Peergroups, Freunde, Gruppierungen

Unter ‚Peergroups‘ wird vor allem das Verhalten von gleichaltrigen Jugendlichen verstanden. In Untersuchungen hat sich gezeigt, dass dies der beste Prädiktor für den Konsum von Alkohol darstellt. (vgl. Dielman et al. 1991) In einer weiteren Untersuchung wurde nachgewiesen, dass die alkoholbezogenen Normen und Einstellungen der Peergroups einen signifikanten Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum Jugendlicher aufwiesen. Der Einfluss von Peergroups erfolgt dabei auf drei Wegen:

- Durch direkte Angebote von Alkohol
- Indirekt durch den tatsächlichen Konsum gleichaltriger Freunde im Sinne eines Modelllernens
- Durch die subjektive Vorstellung von der Höhe des Konsums der jeweiligen Peergroup (vgl. Graham et al. 1991)

6.1.3 Soziale Lebensbedingungen

Zu den sozialen Lebensbedingungen zählen sozioökonomische Aspekte, etwa die Arbeits- und Wohnsituation.

Arbeitssituation

Es gibt Berufsgruppen, die eine besondere Alkoholgefährdung aufweisen. Dazu zählen

- alkoholnahe Berufe (Berufe, die mit der Produktion und dem Vertrieb alkoholischer Getränke zu tun haben)
- an- und ungelernte Arbeiter
- Durstberufe (z.B. Gießer, Köche, Heizer)
- Bau- und Metallberufe
- Arbeiter im Hafenbereich
- Kontaktberufe (Vertreter, Journalisten)
- Unternehmer, Freiberufler (vgl. Feuerlein 1999, 44)

Weitere Studien versuchten, die verschiedenen Ausprägungen der beruflichen Belastungen auf den Alkoholkonsum hin zu analysieren:

- instrumentelle Belastung (Arbeitsanfall, Arbeitstempo)
- emotionale Belastung (Kontrolle, Konkurrenz, Eintönigkeit)
- frustrierende Belastung (geringer Verdienst, schlechte Aufstiegschancen)
- fehlende oder vorhandene ‚Dispositionsspielräume‘ bei der Arbeit
- Umfang und Art sozialer Kontakte bei der Arbeit (vgl. Renn 1988)

In einer anderen Untersuchung wurden besonders gefährdete Berufe nach dem Konzept des ‚hohen Opportunitätsbudgets‘ zusammengefasst. Darunter werden Berufe und Tätigkeiten verstanden, die durch folgende Eigenschaften charakterisiert sind:

- relativ niedriges Niveau der Qualifikation bzw. Technisierung
- traditioneller Alkoholkonsum während der Arbeit
- hohes Maß an Selbstkontrolle bzw. Verhaltensautonomie
- Rollenunterbelastung (vgl. Gundel 1980)

Andere Merkmale für alkoholgefährdete Berufe hat Weiss zusammengefasst:

- Schichtarbeit
- soziale Kontaktmöglichkeiten am Arbeitsplatz
- Belastung am Arbeitsplatz: Alkohol wird im Sinne des sozialpsychologischen Stress-Coping-Modells zur Spannungsminderung eingesetzt. (vgl. Weiss 1980, 229)

Zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholismus ergeben sich folgende Zusammenhänge:

Bei ca. 10% bis 30% kommt es zu einer Zunahme des Alkoholkonsums bei Arbeitslosigkeit, ohne dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt. Bei der Mehrheit ändert jedoch die Arbeitslosigkeit nichts an den Konsummengen. (vgl. Henkel 1992, 72) Insgesamt ist die Rate der Alkoholgefährdeten bei Arbeitslosigkeit höher als bei Berufstätigen. (vgl. ebd. 52) Bei Alkoholabhängigen erhöht sich die Menge und die Frequenz des Alkoholkonsums mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit. (vgl. ebd., 47)

Finanzielle Situation

In einer Untersuchung der Erwachsenenbevölkerung der USA von 1990 zeigte sich ein zunehmender Alkoholkonsum bei zunehmendem Familieneinkommen. (vgl. Midanik & Rom 1992) Bei starkem Alkoholkonsum kehrt sich dieser Trend um.

Finanzielle Notlagen wie andere extreme Lebensbedingungen führen nur bei einem Teil der Bevölkerung zu einem geringeren Alkoholkonsum, bei einem anderen Teil kommt es zu einer Vermehrung, während die meisten Menschen in solchen Situationen kaum Konsumänderungen aufzeigen. In Belastungssituationen werden bereits vorhandene Reaktionstendenzen vermutlich verstärkt. (vgl. Feuerlein 1999, 45)

Bei höheren Alkoholpreisen kommt es in der Regel zu einer Verminderung des Alkoholverbrauchs in der Bevölkerung (vgl. Edwards 1997, 96)

Wohnungslosigkeit

Der Alkoholkonsum unter den Wohnungslosen ist besonders hoch. (vgl. Albrecht 1981, 63)

Nach der EBIS-Statistik 1994 für Wohnungslose besteht bei 47% dieser Klientengruppe ein Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit. (vgl. Gessler et al., 1994)

In einer neueren Untersuchung ergab sich eine Alkoholismusrate von 63,5%. (vgl. Reker et al. 1997)

Soziale Schicht

In den früheren Jahrzehnten sprach man zurecht vom ‚Elendsalkoholismus‘, da der Alkoholismus vor allem in den unterprivilegierten sozialen Schichten besonders stark verbreitet war. (vgl. Feuerlein et al 1998, 88) In neuerer Zeit breitete sich der Alkoholismus aber auch in oberen Schichten weiter aus. (vgl. ebd.)

In einer Studie von Feuerlein & Küfner zeigte sich, dass die Häufigkeit des Alkoholismus am höchsten in der Gruppe der ungelernten Arbeiter und andererseits der Selbstständigen, Unternehmer und Freiberufler ist. (vgl. Feuerlein & Küfner 1977, 88)

6.1.4 Massenmedien und Werbung

Nach Edwards zeigt sich ein leicht positiver Effekt der Alkoholwerbung auf den Alkoholkonsum. (vgl. Edwards 1997, 149)

In einer Studie von Saffer über Verbote der Alkoholwerbung in verschiedenen Ländern konnte gezeigt werden, dass in Ländern mit einem Verbot der Werbung für Spirituosen 16% weniger Alkohol getrunken wurde als in den Ländern ohne ein solches Verbot. Länder mit einem Werbeverbot für Bier und Wein weisen circa 11% weniger Alkoholkonsum auf. (vgl. Saffer 1991)

6.1.5 Einflüsse der modernen Industriegesellschaft

In einer Untersuchung von Keup wurden soziale Störfaktoren der modernen Industriegesellschaft dargestellt, die Auswirkung auf die Genese des Drogenkonsums von Jugendlichen haben. (vgl. Keup 1973) Man kann davon ausgehen, dass diese Faktoren auch bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit eine wesentliche Rolle spielen.

- Durch die Technisierung und Automation kommt es aus sozialpsychologischer Sicht zur Vermassung, Anonymisierung und zur Delegation der Verantwortung auf große Trägergruppen.
- Des Weiteren führt das Überangebot von Konsumgütern und Informationen zu Verwöhnung, Reizüberflutung mit nachfolgender Abstumpfung und zu mangelnder Fähigkeit zur Bewältigung des Konsums und der Information.

- Auch durch den Wandel der Strukturen und Funktionen der Familie kommt es zu einem Verlust der Bedeutung der Familie mit fortschreitender Desintegration und dadurch bedingt zu einem Verlust von Traditionen. Die Folge ist ein Bindungsverlust.
- Insgesamt bewirkt Loslösung des Einzelnen von Bindungen an Primär- und Sekundärgruppen bei häufig mangelnder ‚Mündigkeit‘ eine mangelnde Fähigkeit zur Bewältigung der Freiheit sowie Überbelastung mit Verantwortung. (vgl. ebd.)

Die gesellschaftlichen Einflüsse auf Suchtentwicklungen werden im nächsten Abschnitt vor dem Hintergrund soziologischer Theorien noch einmal vertieft beleuchtet.

6.2 Soziologische Theorien

Grundsätzlich fragen soziologische Theorien nicht, warum eine Person zum Alkoholiker wird, sondern warum eine gegebene Gesellschaft ein bestimmtes Maß an Alkoholikern produziert. (vgl. Schulz 1976, 225) Es wird also nach makroanalytischen Erklärungen für den epidemiologischen Alkoholkonsum in einer Population oder in sozialen Gruppen gesucht. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 99)

Folgende Ausgangsfragen werden häufig gestellt:

- „Welche Funktion und Aufgabe hat der Alkoholkonsum für die Funktionsfähigkeit bzw. für die soziale Integration einer Gesellschaft?
- Wie können unterschiedliche Alkoholkonsumgewohnheiten (Menge, Frequenz, Trinksitten) in verschiedenen Gesellschaften oder sozialen Schichten auf soziologischer Ebene (d.h. soziale Normen, Regeln, Wertvorstellungen und sozioökonomische Bedingungen) erklärt werden?
- Wie definiert eine Gesellschaft Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch im Hinblick auf soziale Normen und Wertvorstellungen?“ (Feuerlein et al. 1998, 99)

„In soziologischer Sicht wird Sucht als abweichendes Verhalten verstanden, dessen Feststellung wesentlich von den jeweiligen sozialen Normen und Regeln der Gesellschaft abhängig ist.“ (Schulz 1976, zit n. Feuerlein et al. 1998, 99)

In funktionalistischen bzw. utilitaristischen Ansätzen steht die Frage der Funktion des Alkoholismus für die Gesellschaft im Vordergrund. (vgl. ebd., 100)

Dabei wird Alkohol für die Mitglieder einer Gesellschaft, in der Alkohol jederzeit erhältlich ist, als ein legitimes und stets verfügbares Mittel zur besseren Bewältigung einer belastenden Beziehung zwischen Individuum und Umwelt gesehen. (vgl. Schulz 1976, 162) „Das Erlebnis einer Wirkung ist daher durch den suggestiven Einfluss der Umwelt mitbestimmt. Die Kultur formt daher das Erleben des Rauschmittels. Das Resultat dieser in der Kultur gelernten Trinkwirkungen ist zuletzt – auch beim Alleintrinken – Selbstsuggestion der Wirkung.“(ebd., 159) Die Trinkmotive bzw. die positiven Wirkungen des Alkohols können als erlebte Förderung persönlicher, aggressiver und erotischer Durchsetzung beschrieben werden. (vgl. ebd.) Somit werden die Wirkungen des Alkohols weniger unmittelbar, bewusst und persönlichkeitsbezogen, sondern vielmehr an bestimmte Situationen gebunden erlebt. (vgl. ebd.) „Konkret ist es das durch Alkohol erleichterte Verhalten, das man selbst als Wirkung

empfindet“ (ebd., 160) Dadurch fühlt man sich innerhalb einer sozial-zeremoniellen Verwendung des Alkoholkonsums besser, und dies hat wiederum eine verstärkende Wirkung. (vgl. ebd., 161) Alkohol baut also Spannungen und Konflikte in einer Gesellschaft ab und dient somit als Genussmittel zur sozialen Integration.

Eine weitere soziologische Theorie, die so genannte Rollentheorie, stammt von Winick. (vgl. Winick 1983, 246 ff.) Er geht davon aus, dass Suchtmittelabhängigkeit dann gehäuft auftritt, wenn Suchtmittel verfügbar sind, soziale Normen und Konventionen bezüglich ihres Konsums nicht anerkannt werden, und wenn es zur Rollenüberforderung oder zur Trennung aus sozialen Rollen kommt. (vgl. Winnick 1983, zit. n. Feuerlein 1998, 100)

Winick weist auf Untersuchungen von mehreren Gruppen hin, die sich in einer Rollenüberforderung und -deprivation befinden und Drogen zu Verfügung hatten. So z.B. Krankenschwestern, (vgl. Winick 1983, 252) College Studenten, (vgl. ebd., 250) Ärzte (vgl. ebd. 251) oder US-Soldaten in Vietnam (vgl. ebd., 249)

Des Weiteren zeigt er seiner Theorie entsprechend, dass bei einem Nachlassen der Rollenüberforderung, verschlechtertem Zugang und einer hervorstechenden negativen Einstellung zum eigenen Konsum der Drogenkonsum wieder beendet wird (vgl. ebd., 253) – so waren nach der Rückkehr aus Vietnam nur noch 7% der Soldaten heroinabhängig. (vgl. Robins 1973 zit n. Winnick 1983, 253)

Die Vorteile dieser Theorie liegen vor allem darin, dass sie mit einem prognostischen Wert auf vielfältige Situationen, Kulturen und Personengruppen anwendbar ist, indem sie Situationen vorhersagen kann, die ein erhöhtes Risiko des Drogenkonsums mit sich bringen. (vgl. ebd., 255) Die Schwäche dieses Konzepts liegt jedoch in der mangelnden Konkretisierung der Rollen und ihrer Beziehungen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 100)

Im Bereich der soziogenetischen Erklärungsmodelle wird Alkoholismus von der Entstehung her definiert, das heißt, Alkoholismus wird als ein Symptom eines lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesses gesehen. Auf Grund von Tiefeninterviews mit Gamma-Alkoholikern kam Stimmer zu dem Ergebnis, dass dieser biographische Prozess mehrere Phasen durchläuft: Von der vorbereitenden Phase über die labile und bedingende Phase hin zur Krankheitsphase. (vgl. Stimmer 1979) In der Vorbereitungsphase, der Zeit der primären Sozialisation in der ‚pseudogemeinschaftlichen‘ Herkunftsfamilie, kann sich meist die Interaktionsfähigkeit der späteren Alkoholabhängigen schlechter entwickeln, was sich in signifikant schlechteren Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Lehrern ausdrückt. (vgl. ebd.) Diese grundlegende

Interaktionsgestörtheit setzt sich in der zweiten Phase fort. Dort erfolgt eine mangelnde sekundäre Sozialisation in den Bereichen Schule, Beruf, Gleichaltrigengruppe und Partnerschaft. Schließlich kommt es in der bedingenden Phase zu einer immer stärkeren Bindung an die krankmachende Ursprungsfamilie, in der meist auch viel Alkohol getrunken wird, da die Bindungen zunehmend misslingen. Zusammenfassend kann das Etikett ‚Alkoholiker‘ (Labeling-Ansatz) zu einer Reihe von abwertenden und einengenden Reaktionen durch soziale Bezugsgruppen und Institutionen führen. Die Folge ist schließlich eine schlechtere Bewältigung der Rolle des Alkoholikers und zusätzliche Belastungen, was zum erneuten Alkoholkonsum als Stressbewältigungsstrategie führt. (vgl. ebd.) Auch reduziere das Etikett ‚Alkohol‘ die Eigenverantwortung und hemme die Selbstinitiative.(vgl. ebd.)

Wir haben nun mit den sozialen Bedingungsgefügen und den soziologischen Theorien die Einflüsse der Umwelt betrachtet. Im Folgenden werden nun individuelle und persönliche Aspekte einer Abhängigkeitsentwicklung betrachtet. Dazu zählen biologisch-genetische und neurobiologische Faktoren.

6.3 Genetische Ursachen

Welche Rolle spielen die genetischen Einflüsse bei der Entwicklung einer Abhängigkeit?

Genetische Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Enzyme Alkoholdehydrogenase (ADH) und Aldehyddehydrogenase (ALDH) bei Menschen unterschiedlich vererbt werden. (vgl. Agarwal et al. 1999, 109) Dadurch kann der Alkoholmetabolismus verlangsamt sein, was zu einer Anhäufung von toxischen Metaboliten mit organischen Schäden und zu einer verstärkten Aversionsreaktion führt, was eventuell eine Konsumreduktion zur Folge hat. (vgl. ebd. 108)

Eine weitere vererbte Ursache, die zu einer Alkoholunverträglichkeit führt, ist das inaktive Isoenzym ALDH2. (siehe Kapitel über den Alkoholstoffwechsel)

In verschiedenen Studien wurde auch festgestellt, dass eine Mutation am ALDH2-Gen eine eher protektive Wirkung bezüglich exzessiven Alkoholverzehrs auf die betroffenen Individuen ausübt, während ein anderer (heterozygoter) ALDH2-Genotyp ein größeres Risiko birgt, an alkoholbedingten Organveränderungen zu erkranken als Personen mit einem normalen (homozygoten) ALDH2-Genotyp. (vgl. ebd. 119)

Familienuntersuchungen

Familienuntersuchungen bei Alkoholikerprobanden haben gezeigt, dass diese eine höhere Rate an Alkoholismuserkrankten haben, als in der allgemein Bevölkerung. (vgl. ebd. 114)

So hat zum Beispiel eine Studie gezeigt, dass das Risiko, an Alkoholismus zu erkranken, unter erstgradigen Verwandten von Alkoholikern im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen durchschnittlich um die siebenfache Rate erhöht ist. (vgl. Yuan et al. 1996)

Dabei scheinen Verwandte männlicher Alkoholiker einem besonderen Risiko ausgesetzt zu sein. (vgl. Agarwal 1999, 114) Ein Alkoholiker als Vater ist der wichtigste Einzelhinweis für die mögliche Entwicklung der Alkoholkrankheit bei männlichen Nachkommen. (vgl. Agarwal et al. 2000, 90)

In einer Übersicht von Cotton über 39 Arbeiten ergab sich folgende Verteilung:

Bei durchschnittlich 27% der Alkoholiker war der Vater ebenfalls Alkoholiker, bei 5% lag ein Alkoholismus der Mutter vor, bei 31% waren beide Alkoholiker. Auch hier zeigte sich, dass weibliche Alkoholiker häufiger aus Familien mit Alkoholismusbelastung kommen als männliche Alkoholiker.

Nur in 5% der Familien von Nichtalkoholikern trat Alkoholismus auf, also wesentlich seltener als in Familien mit Alkoholismus. (vgl. Cotton 1979)

Es konnte außerdem gezeigt werden, dass Söhne von Alkoholikern, die selbst keine Alkoholiker sind, sich von Nichtalkoholiker-Söhnen durch geringeres Ansprechen auf Ethandosen unterscheiden. Sie schätzen sich subjektiv weniger betrunken ein als Personen der Kontrollgruppe. (vgl. Schuckit & Smith 1996) Diese Eigenschaft, die Effekte des Ethans weniger ausgeprägt wahrzunehmen, hat wahrscheinlich Einfluss auf das Trinkverhalten, sodass gewisse Warnsignale nicht erkannt und Hemmschwellen leichter überschritten werden. (vgl. Agarwal et al. 1999, 113)

Zwillingsstudien

Um zwischen Umweltfaktoren und genetischen Faktoren zu differenzieren, bieten sich Zwillingsstudien an. Dabei geht man davon aus, dass sich eineiige Zwillinge (EZ) in ihrem Trinkverhalten und in der Häufigkeit, an Alkoholfolgeschäden zu erkranken ähnlicher sind als zweieiige Zwillinge (ZZ), wenn eine genetische Beeinflussung vorhanden sein sollte.

Es konnte vor allem durch Untersuchungen in der jüngeren Zeit gezeigt werden, dass eine starke genetische Disposition für Alkoholismus besteht. (vgl. Hill & Muka 1996) Dabei hat bei Frauen die genetische Konstellation einen größeren Einfluss, um an Alkoholismus zu erkranken als bei Männern, die mehr von Umweltfaktoren beeinflusst werden. (vgl. ebd.)

Feuerlein et al. fassen die Ergebnisse von zahlreichen Studien der letzten Jahrzehnte zusammen und stellen Konkordanzraten für Alkoholismus bei EZ zwischen 26% und 70% fest, bei ZZ zwischen 12% und 32% (vgl. Feuerlein et al. 1998, 60)

Adoptionsstudien

Wenn Kinder nach ihrer Geburt von Eltern adoptiert bzw. getrennt werden, bietet das eine weitere gute Möglichkeit, um bei Untersuchungen zu erkennen, was genetisch oder durch Umweltfaktoren bedingt ist.

Es konnte gezeigt werden, dass Kinder von biologischen Alkoholikereltern, die frühzeitig wegadoptiert wurden, zu einem sehr viel höheren Prozentsatz dazu neigen, an Alkoholismus zu erkranken als Kinder von Nichtalkoholikereltern, die ebenfalls ohne ihre biologischen Eltern aufwuchsen. (vgl. Sigvardsson et al. 1996)

In einer Adoptionsstudie konnte gezeigt werden, dass 50% der adoptierten Söhne, deren biologische Eltern Alkoholiker waren, selbst wieder Alkoholiker waren, aber nur 7% von jenen Adoptierten, die von Nichtalkoholikern stammten. (vgl. Cadoret et al. 1980)

Aus den Adoptionsstudien ergaben sich 3 verschiedene Charaktere von Alkoholikern:

Typ-I-Alkoholiker

Der Typ-I-Alkoholiker ist mit einer Häufigkeit von 75% eine weit verbreitete Form.

Sie verläuft relativ mild und betrifft sowohl Männer als auch Frauen. Der genetische Beitrag wird von Vater oder Mutter geleistet. Die Ausprägung ist jedoch sehr stark von Umweltfaktoren abhängig. Die biologischen Eltern werden erst im Erwachsenenalter zu Alkoholikern. Der chronische Alkoholismus beginnt jenseits des 25. Lebensjahres. Die Betroffenen werden nur selten kriminell auffällig und können zum Großteil wieder abstinent leben. Die Kinder dieser Personen sind im Vergleich zur restlichen Bevölkerung nur doppelt so stark gefährdet, an Alkoholismus zu erkranken. (vgl. Hill 1992)

Typ-II-Alkoholiker

Bei diesen Menschen ist die Empfänglichkeit für einen genetisch bedingten Alkoholismus sehr viel größer. Die Form betrifft vor allem Männer zu einem frühen Zeitpunkt, die aggressive Tendenzen und eine antisoziale Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Ähnliches kann man bei den biologischen Vätern beobachten. Bereits vor dem 25. Lebensjahr konsumiert diese Gruppe in starkem Maße Alkohol. Sie sind beruflich meist sehr labil, werden kriminell und zeigen wenig Erfolg bei Entzugsbehandlungen. Bei Söhnen der Betroffenen tritt der Alkoholismus neunmal häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. (vgl. ebd.)

Typ-III-Alkoholiker

Diese Form ist, ähnlich wie Typ II, starken genetischen Einflüssen ausgesetzt. Jedoch kommt kein antisoziales Verhalten vor. (vgl. ebd.)

Biologische, genetische Marker für Alkoholismus

Um eine hereditäre Prädisposition bei Individuen mit hohem Risiko oder bestehendem Alkoholismus zu identifizieren, wird versucht, eine Assoziation zu bekannten Markern herzustellen. (vgl. Agarwal 1999, 118) Es gibt zum Beispiel den State-Marker mit unspezifischen Indikatoren für die exzessive Alkoholaufnahme. Darin sind Laborparameter

wie Gamma-GT und MCV enthalten. (vgl. ebd. 117) Ein anderer Parameter ist der Trait-Marker. Er enthält vererbare Indikatoren für die Disposition einer Erkrankung mit Merkmalen, die das ganze Leben vorhanden sind, wie zum Beispiel Dopaminrezeptorgene oder ALD2 und 3. (vgl. ebd.) Ein weiterer Marker ist der Assoziationsmarker, der Merkmale beinhaltet, die bei Alkoholikern häufiger als bei Gesunden beobachtet werden, wie z.B. bestimmte Blutgruppen. (vgl. ebd.)

Die Erkenntnisse aus der genetischen Forschung haben auch zum Postulat von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen geführt, die für eine Abhängigkeitsentwicklung verantwortlich gemacht werden.

Psychische Disposition

In einigen Untersuchungen wurde versucht, Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Alkoholismus zu eruieren.

So nennt Jones in einer Studie prämorbid Persönlichkeitsmerkmale, die bei Alkoholabhängigen häufig gefunden werden. Dazu gehört ein Mangel an Selbstkontrolle und Selbstwertgefühl, eine gesteigerte Impulsivität und Aggressivität, unkonventionelle Verhaltensmuster, dissoziale und soziopathische Züge, Neigung zu hypomanischen (leichte manische Erregung) und depressiven Verstimmungen, sowie Hyperaktivität. (vgl. Jones 1968, 68)

Es gibt wohl einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Hyperaktivität in der Kindheit. (Goodwin et al. 1975)

In einer weiteren Studie über Temperamente werden disponierende Faktoren für eine Alkoholabhängigkeit zusammengefasst: Erhöhtes Aktivitätsniveau, verstärkte Emotionalität, mangelnde Soziabilität, geringe Aufmerksamkeitsspanne, verlangsamte Rückkehr zur entspannten Ausgangslage („soothability“). (vgl. Tarter & Edwards 1987)

In einem Modell von Cloninger spielen auch Eigenschaften wie „sensation“, „novelty seeking“, „reward dependence“ und „harm avoidance“ eine Rolle für die Entwicklung von Alkoholismus. (vgl. Cloninger 1987, 50)

Cloninger hat schwedische Adoptivkinder und deren biologische und adoptierten Eltern untersucht und hat dabei zwei Typen von Alkoholikern beschrieben. (vgl. Cloninger et al. 1981)

Typ I	Typ II
Eher von Umweltfaktoren abhängig	Eher von hereditären Faktoren abhängig
Später Beginn (nach 25)	Früher Beginn (vor 25)
Bei beiden Geschlechtern vorkommend	Mehr Männer
Eher milder Verlauf	Eher schwerer Verlauf
Hohes „reward dependency“ (Belohnungsabhängigkeit)	Niedriges „reward dependency“
Hohes „harm avoidance“ (geringe Risikobereitschaft)	Niedriges „harm avoidance“
Niedriges „sensation seeking“ (Suche nach Neuem)	Hohes „sensation seeking“

(vgl. Cloninger et al. 1981)

Die drei Persönlichkeitseigenschaften „harm avoidance“, „reward dependence“ und „sensation seeking“ werden mit neurobiologischen Lernmodellen erklärt. Dabei hat Cloninger bei Menschen mit einer hohen „harm avoidance“ und „reward dependence“ eine hohe Serotonin- und Dopaminaktivität nachgewiesen. (vgl. Cloninger et al. 1996)

Durch den Fokus auf die erblichen und neurophysiologischen Komponenten wird hier eine große Menge an weiteren sozialen und individuellen Einflussfaktoren ausgeblendet.

In einem weiteren Modell kamen Babor und seine Mitarbeiter mittels Cluster-Analysen von 17 Definitionsmerkmalen bei 321 männlichen und weiblichen Alkoholikern ebenfalls zur Aufstellung von zwei Typen (vgl. Babor et al. 1992):

Typ A	Typ B
Später Beginn (30 – 34 Jahre)	Früher Beginn (vor dem 21. Lebensjahr)

Wenig Risikofaktoren in der Kindheit	Vermehrt Risikofaktoren in Familie und Kindheit
Geringer Grad der Abhängigkeit	Starke Ausprägung der Abhängigkeit, Missbrauch auch von anderen Substanzen
Wenig körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums	Vermehrt körperliche und soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums nach kürzerer Zeit
Geringe psychiatrische Komorbidität	Hohe psychiatrische Komorbidität
Geringe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld	Hohe Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld
Gute therapeutische Prognose	Schlechte therapeutische Prognose

(vgl. Babor et al. 1992)

Insgesamt kann man sagen, dass es *die* Alkoholikerpersönlichkeit nicht gibt, jedoch konnten durch Untersuchungen mit strukturierten Interviews bis zu einem gewissen Grad Rückschlüsse auf eine mögliche Grundpersönlichkeit gezogen werden. In 80% der Fälle erfüllten die Alkoholiker die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung: Dabei sind vor allem die in den Gruppen B und C zusammengefassten Persönlichkeitsstrukturen (z.B. antisoziale Persönlichkeitsstörung und Borderline-Störung) häufig mit Alkoholismus assoziiert. (vgl. De Jong et al. 1993)

Auch in weiteren Studien wurde bei 14% bis 53% eine antisoziale Persönlichkeit von Alkoholikern nachgewiesen. (vgl. Hesselbrock et al. 1985) Hier gibt es wiederum Parallelen zum Typ II-Alkoholiker nach Cloninger.

Dennoch hat zum Beispiel Barnes unter psychodynamischen Gesichtspunkten versucht, eine Alkoholikerpersönlichkeit zu beschreiben:

- Schwaches Ich mit geringer Geschlechtsidentität, psychopathische Züge, Feindseligkeit, einem negativen Selbstkonzept, Unreife und Impulsivität, niedriger Frustrationstoleranz und vorwiegend Ausrichtung auf die Gegenwart
- Reizverstärkung mit einer erhöhten Sensibilität mit Neigung zu Hypochondrie und zu Todesangst

- Starke Feldabhängigkeit, was vermehrt Passivität, Abhängigkeit und Undifferenziertheit beinhaltet
- Neurotische Störungen wie Angst, Depression, Hysterie und Neigung zu Hypochondrie. (vgl. Barnes 1980)

Weitere genetische Aspekte, aber auch direkte Auswirkungen des Alkohols, die zur Entstehung einer Abhängigkeit beitragen, findet man auf neurobiologischer Ebene.

6.4 Neurobiologische Ursachen

In den letzten Jahren wurde verstärkt auf dem Gebiet der Neurobiologie und -chemie bezüglich der Suchtentstehung geforscht. Deswegen wird dieser Abschnitt sehr ausführlich auf die neuesten Erkenntnisse aus diesem Bereich eingehen.

Aus neurobiologischer Sicht wird eine Droge definiert durch die von ihr verursachten angenehmen und unangenehmen Wirkungen, wobei das konsumierende Individuum die Drogenwirkung subjektiv spüren und von anderen Substanzen unterscheiden muss. (vgl. di Chiara 1995)

Wenn die Substanzeinnahme positiv verstärkt wird, indem sie zum Beispiel mehr angenehme als unangenehme Gefühle auslöst, besteht ein Abhängigkeitspotential. (vgl. Wise 1988)

Man kann die Entwicklung der Abhängigkeit als neurotoxische Störung verstehen, bei der es zu einer Anpassung an die Substanzwirkung im Sinne einer Toleranzentwicklung und zum Auftreten von Entzugssymptomen bei plötzlichem Absetzen kommt. (vgl. Mann et al. 2000)

Ein weiterer Aspekt kommt jedoch noch hinzu: Vermutlich kommt es durch Störungen neuronaler Schaltkreise, die den frontalen Kortex, den Thalamus und die Basalganglien umfassen. Dadurch kommt es zur Beeinträchtigung der langfristigen Handlungsplanung und zum Auftreten eines repetitiv und stereotyp ablaufenden Substanzkonsums, der oft kaum noch von angenehmen Gefühlen begleitet wird. (vgl. Volkow & Fowler 2000)

Zum grundlegenden Verständnis der Toleranzentwicklung und der Entzugssymptomatik muss man sich vergegenwärtigen, dass das Gehirn als autoregulatives Organ auf Beibehaltung einer Homöostase ausgerichtet ist. Wenn nun dieses Gleichgewicht durch chronischen Alkoholkonsum beeinflusst wird, kommt es zu Gegenregulationen, bei dem sich das Gehirn der Alkoholwirkung anpasst. Es kommt zu neurobiologischen Anpassungsvorgängen, zu einer Neuroadaptation, wodurch die Toleranz gegenüber der akuten Alkoholwirkung erhöht wird. (vgl. Koob & Le Moal, 1997) Wenn nun aber die Alkoholzufuhr ausbleibt und dem Gehirn die spezifischen Wirkungen des Alkohols, auf den es eigentlich eingestellt ist, fehlt, entsteht ein Ungleichgewichtszustand, der sich als Entzugssymptomatik manifestiert. (vgl. Heinz et al. 2003, 26) Die gegenregulatorischen Anpassungsprozesse im Gehirn bilden sich bei Abstinenz nur zeitverzögert zurück. (vgl. ebd.)

GABA (Gamma-Aminobuttersäure) und Glutamat sind zwei bedeutende Neurotransmitter, die an der Entstehung der Entzugssymptomatik beteiligt sind. (vgl. Tsai et al. 1995)

Um die neurobiologischen Mechanismen besser darstellen zu können, soll kurz die Informationsvermittlung zwischen den Nervenzellen des Gehirns dargestellt werden:

Das Gehirn besteht aus ca. 100 Milliarden Neuronen (Nervenzellen). Eine Neuron besteht aus einem Zellkörper, zuführenden Fortsätzen (Dendriten), welche Erregungsimpulse aus benachbarten Zellen aufnehmen und zum Zellkörper weiterleiten und aus Axonen, die Impulse zu anderen Nervenzellen weiterleiten. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 177) Zwischen den Axonenden und Dendritenanfängen befinden sich die Synapsen, die Schaltstellen für die Kommunikation zwischen den Neuronen. (vgl. ebd.) In den Endköpfen der Axone befinden sich Bläschen (Vesikel), in denen Überträgerstoffe für die synaptische Übermittlung, die Neurotransmitter, gespeichert werden. Die nachgeschaltete Zelle beinhaltet Rezeptoren für die Transmitter. Dazwischen befindet sich der synaptische Spalt. (vgl. ebd.) Wenn nun ein Erregungsimpuls an den Axonenden eintrifft, kommt es zu einer Neurotransmitterausschüttung in den synaptischen Spalt. Innerhalb einer Tausendstelsekunde binden sich die Transmitter an die Rezeptoren. Dies beeinflusst wiederum die Durchlässigkeit für bestimmte Ionen, wodurch ein bestimmtes postsynaptisches Potential entsteht. (vgl. ebd.) Nach der Reaktion mit dem Rezeptor wird der Neurotransmitter inaktiviert, entweder durch enzymatischen Abbau oder durch Rücktransport in den präsynaptischen Endkopf. Dabei gibt es entweder erregende (exzitatorische) oder hemmende (inhibitorische) Neurotransmitter. (vgl. ebd.)

GABA hat eine inhibitorische Wirkung über die GABA-A- und GABA-B-Rezeptoren. (vgl. Heinz et al. 2003, 26) Durch Alkoholkonsum wird diese inhibitorische Wirkung aktiviert, sodass ein übermäßiger Alkoholkonsum subjektiv zu Sedation führt. Dadurch kommt es zu einer Verminderung der GABA-A-Rezeptoren, die sich im Entzug nur verzögert zurückbildet. (vgl. Abi-Dargham et al. 1998)

Glutamat hat eine exzitatorische Funktion, durch Alkoholkonsum wird die Übertragung an einem Glutamatrezeptor, dem so genannten NMDA-Rezeptor blockiert. (vgl. Tsai et al. 1995) Nach dem Homöostaseprinzip steigt nun die Anzahl der in ihrer Funktion behinderten NMDA-Rezeptoren an. (vgl. Heinz et al. 2003, 27) Im Entzug trifft der Botenstoff Glutamat nun auf eine erhöhte Anzahl von glutamatergen Rezeptoren, die nicht länger durch Alkohol

blockiert werden. Dadurch kann es zu Krampfanfällen (vgl. Tsai et al. 1995) und zu weiterer vegetativer Entzugssymptomatik kommen. (vgl. Kostowski & Trzakowska 1980)

Bei schwerem Alkoholismus genügt die Unterbrechung des Nachtschlafes, um eine morgendliche Entzugssymptomatik auszulösen.

Des Weiteren hat die alkoholbedingte Störung der Funktion glutamaterger NMDA-Rezeptoren eine neurotoxische Wirkung im Entzug. Bei der Aktivierung der NMDA-Rezeptoren treten Kalzium-Ionen in die Nervenzelle ein. Bei einem verstärkten Eintreten im Entzug kommt es zu Zelluntergängen. (vgl. Tsai et al. 1995)

Aber auch auf die Gedächtnisfunktion und deren Beeinträchtigung durch den Alkohol (sog. ‚Blackouts‘ oder ‚Filmrisse‘) hat das glutamaterge System einen Einfluss.

Beim Lernen bildet das Gehirn externe Ereignisse als raumzeitliche Erregungsmuster in miteinander vernetzten Nervenzellen ab. Dabei werden Töne, Gerüche oder Bilder in neuronale Kode übersetzt und in neuronalen Netzen repräsentiert. (vgl. Roth 1999, 98 ff.)

Hebb beschrieb einen wesentlichen Mechanismus, bei dem Verbindungen zwischen zwei Nervenzellen verstärkt werden, wenn sie gleichzeitig aktiv sind. (vgl. Hebb 1949, 107 ff.) Um also Gedächtnisinhalte speichern zu können, muss die Stärke der synaptischen Verbindungen über mehrere Stunden zunehmen, um so genannte ‚Long-term potentiation‘ (LTP) zu bilden. Diese Gedächtnisengramme finden sich vor allem im Hippocampus, aber auch im Neocortex. (vgl. Bliss & Collingridge 1993) Die NMDA-Rezeptoren sind nun entscheidend an der Entstehung der LTP beteiligt. (vgl. ebd.) Weil nun Alkohol die glutamaterge Neurotransmission am NMDA-Rezeptor vermindert, kommt es zu einer verminderten Ausbildung von LTP und somit zu Gedächtnisstörungen. (vgl. Tsai et al. 1995)

An der Speicherung von Gedächtnisinhalten ist aber auch noch das dopaminerge System mit den DA-D1 Rezeptoren beteiligt. Erst die synaptische Integration von dopamin- und glutamaterg vermittelten Signalen führen zur Rekonfiguration neuronaler Netzwerke und schließlich zur Bildung von Gedächtnisinhalten. (vgl. Wrase et al. 2007, 123)

Schließlich kann die glutamaterge Aktivierung weitere Neurotransmittersysteme, wie das dopaminerge System, beeinflussen und eine Dopaminfreisetzung im ventralen Striatum bewirken. (vgl. Taber et al. 1995)

Das dopaminerge System

Wenn Alkohol konsumiert wird, führt dies zu einer Stimulation der Dopaminfreisetzung im ventralen Striatum. (vgl. Mereu et al. 1987) Dies kann als wesentlicher Bestandteil der

neurobiologischen Grundlagen der Suchtentwicklung verstanden werden: Man spricht vom dopaminergen Belohnungs- oder Verstärkersystem mit der Kernregion im ventralen Striatum. (vgl. Heinz 2000) Dabei ist dieses System entwicklungsgeschichtlich sehr alt, es wird durch primäre überlebensnotwendige Verstärker wie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, sexuelle Aktivität und elterliche Fürsorge aktiviert (vgl. Ploog 1990, 31 ff.) Die dopaminerge Innervation des ventralen Striatums hat für motivationale Prozesse große Bedeutung. (vgl. ebd.) Dieses Grundkonzept des Verstärkungsprinzips geht auf Skinner zurück, der postulierte, dass eine Handlung immer dann gehäuft auftritt, wenn sie ‚positiv verstärkt‘ wird. (vgl. Skinner 1935, 66 ff.)

Neuroanatomisch wird zwischen zwei Bahnsystemen unterschieden, die aus dem Mittelhirn aufsteigen und ins Striatum ziehen. Jedoch nehmen diese in unterschiedlichen Kerngebieten des Mittelhirns ihren Ausgang und projizieren in verschiedene Bereiche der Basalganglien.

Das nigrostriale Dopaminsystem entspringt in der Substantia nigra und endet im dorsalen Teil des Striatums und hat mit extrapyramidal-motorischen Bewegungsprogrammen zu tun und wird mit der Parkinsonkrankheit in Verbindung gebracht. (vgl. Birbauer & Schmidt 1996, 476/477) Das mesolimbische System entspringt im ventralen Tegmentum und endet im ventralen Striatum, den Amygdalae, dem Frontallappen und einigen anderen basalen Regionen des Vorderhirns. Es ist für die emotional-motivationale Verstärkerfunktion zuständig. (vgl. ebd.)

Das ventrale Striatum (Streifkörper) ist also Teil der Basalganglien, die zum Großhirn gehören. Die Basalganglien oder Stammganglien sind Kerngebiete des Groß- und Zwischenhirns. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 191) Diese werden aufgeteilt in den Nucleus caudatus (Schweifkern), das Putamen (Schalenkern), das zusammen mit dem Globus pallidus („blassen Kern“) den Nucleus lentiformis (Linsenkern) bildet. Dabei sind Nucleus caudatus und Putamen durch den Nucleus accumbens verbunden. Diese Region wird als ventrales Striatum oder Nucleus accumbens bezeichnet. (vgl. ebd.) Aber auch der Corpus amygdaloideum, der Teil des limbischen Systems ist, wird zu den Basalganglien gezählt. (vgl. ebd.)

Dabei gibt es verschiedene Ansichten, wie die ventrale Dopaminfreisetzung zu Verhaltensverstärkung führt.

Ältere Theorien gehen davon aus, dass durch die Dopaminfreisetzung angenehme Gefühle ausgelöst werden, die das Auftreten jener Verhaltensweisen verstärken, die diese positiven Gefühle ausgelöst haben. (vgl. Wise 1982)

Andere Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass der Genuss beim Konsum einer Belohnung nicht dopaminerg vermittelt wird, und dass die Dopaminfreisetzung eher mit dem Verlangen nach einer Belohnung, als mit der Lust beim Konsum der Belohnung verbunden ist. (vgl. Schultz et al. 1997)

Im menschlichen Gehirn finden sich fünf verschiedene Dopaminrezeptoren, die mit D1 bis D5 bezeichnet werden.

Durch Alkoholkonsum kommt es zu einer Down-Regulierung zentraler D2-Rezeptoren, was einen erhöhten Konsum zur Folge hat, um dieselbe Verstärkerwirkung dieser Dopamin-Rezeptoren zu erlangen. Bei Unterbrechung einer chronischen Alkoholfuhr bildet sich die präsynaptische Hyposensitivität der D2-Rezeptoren nur verzögert zurück. (vgl. Heinz et al. 1995)

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass ein erhöhter Dopaminumsatz durch Alkoholkonsum zu einer verminderten Stimulierbarkeit zentraler Dopamin-D2-Rezeptoren führt und dadurch zu einem hohen Rückfallrisiko. (vgl. George et al. 1992)

Eine besondere Bedeutung kommt der Empfindlichkeitssteigerung bzw. der Sensitivierung des Systems zu. So können selbst kleine Mengen konsumierten Alkohols, die mit einem früheren Alkoholkonsum verbunden sind, eine verstärkte dopaminerge Neurotransmission auslösen, die sich als Alkoholverlangen und verminderte Kontrolle über den Alkohol zeigt. Dabei spielt wahrscheinlich eine erhöhte Stimulierbarkeit der Dopamin D1-Rezeptoren eine Rolle. (vgl. Heinz & Batra 2003, 65) So ist anzunehmen, dass bei einem Rückfall das dopaminerge System verstärkt auf den Suchtmittelkonsum anspricht, was auf eine Sensitivierung der striären Dopaminfreisetzung bei chronischem Alkoholismus zurückzuführen ist. (vgl. ebd.)

Das dopaminerge System kann auch durch konditionierte, belohnungsanzeigende Reize aktiviert werden. (vgl. Schultz et al. 1993) Und somit können auch drogenassoziierte Reize dieses dopaminerge Verstärkersystem aktivieren und einen Menschen zum Suchtmittelkonsum motivieren. In einer Untersuchung von Braus et al. wurden Probanden alkoholbezogene Bildreize dargeboten, die zu einer dopaminergen Aktivierung des ventralen Striatums führte und mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden war. (vgl. Braus et al. 2001)

Eine wesentliche Rolle in diesem Belohnungsneurotransmittersystem kommt den opiodergen, glutamatergen und serotonergen Systemen zu, die indirekt auch zu einer erhöhten Dopaminausschüttung im ventralen Striatum beitragen. (vgl. Ait-Daoud et al., 2001)

Dabei wird die angenehme Wirkung einer belohnenden Substanz über das opioderge System vermittelt. (vgl. Herz 1995) Die Wechselwirkung zwischen Dopamin und Opioiden vollzieht sich vor allem im Nucleus accumbens. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 35)

Andere Untersuchungsergebnisse kommen von Ollat et al.:

So kommt es im Gegensatz zu den oben beschriebenen Mechanismen nach Ollat bei chronischem Alkoholismus zu einer verminderten Funktion des dopaminergen Systems mit einer reduzierten Dopaminsynthese und -freisetzung. (vgl. Ollat et al. 1988) Diese dopaminerge Hypofunktion führt zu einer Hypersensitivität der Dopaminrezeptoren, die sich vor allem im Alkoholentzug bemerkbar macht: Es kommt zu einer gesteigerten Dopaminfreisetzung bei gleichzeitig bestehender Überempfindlichkeit der Dopaminrezeptoren, was das Auftreten von Halluzinationen und Wahnsymptomen im Entzug erklären könnte. (vgl. ebd.)

Serotonin

Die serotonergen Bahnen entspringen dem Hirnstamm in den so genannten Raphekernen und ziehen von dort zu einer Vielzahl kortikaler und subkortikaler Areale. (vgl. Birbaumer & Schmidt 1996, 478)

Nach chronischem Alkoholismus finden sich Veränderungen des serotonergen Systems, die mit negativen Gefühlszuständen wie Depressivität und Ängstlichkeit in Verbindung stehen. (vgl. Heinz et al. 1998) So konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass männliche Alkoholabhängige nach zwei bis vier Wochen Abstinenz eine Verminderung des Serotonintransporters im Bereich der Raphekerne des Hirnstamms aufweisen. (vgl. ebd.) Dabei war diese Verminderung mit der Menge des lebenslang konsumierten Alkohols assoziiert und ist wahrscheinlich eher eine Folge als eine Ursache des chronischen Konsums. (vgl. ebd.)

Man nimmt an, dass bei z.B. genetisch bedingter serotonerger Dysfunktion die alkoholinduzierte GABAerge Sedation vermindert ist, sodass weniger unangenehme alkoholvermittelte Wirkungen auftreten und die betroffenen Individuen dazu neigen, sich zu überschätzen und zuviel Alkohol zu konsumieren. (vgl. Schuckit et al. 1999) Normal kommt es beim Konsum niedriger Mengen Alkohol überwiegend zu dopaminergen, endophinen,

psychomotorisch stimulierenden Effekten und bei größeren Mengen zu einer GABAergen Sedation. (vgl. diChira & Imperato 1988)

Im Zusammenhang mit dem Einfluss des Rauchens, exakter mit dem Einfluss des Nikotins auf den Serotoninhaushalt, kann man eventuell den erhöhten Tabakkonsum bei vielen Alkoholikern erklären. (vgl. Heinz & Batra 2003, 89) Nikotin führt zu einer Vermehrung des Serotonintransporters bei Rauchern (vgl. Ridley & Balfour 1997), was die Assoziation zwischen einem hohen Zigarettenkonsum und depressiven Symptomen bei Rauchern erklären könnte.

„Dadurch ergeben sich Hinweise, dass eine serotonerge Dysfunktion mit negativen Stimmungszuständen und einer erhöhten Alkoholtoleranz sowie vermehrtem Tabakkonsum in Verbindung stehen könnte, die in Interaktion mit weiteren Neurotransmittersystemen zum exzessiven Nikotin- und Alkoholkonsum und zur Nikotin- bzw. Alkoholabhängigkeit disponiert.“ (Heinz & Batra 2003, 89)

Bei Alkoholabhängigen könnte eine nach Beendigung des Suchtmittelkonsums längerfristige fortbestehende serotonerge Funktionsstörung eine Ursache von Depressivität und Rückfall sein. (vgl. ebd.)

In Studien konnte bei Primaten gezeigt werden, dass eine frühe soziale Isolation ein wichtiger Stressfaktor ist, der zu einer überdauernden serotonergen Dysfunktion führen kann, die mit exzessivem Alkoholkonsum und einer erhöhten Neigung zu impulsiver Aggressivität verbunden ist. (vgl. Higley et al. 1991) Wie bereits im Kapitel über die genetischen Ursachen des Alkoholismus beschrieben, gibt es eine Untergruppe alkoholabhängiger Patienten mit einem frühen Beginn der Alkoholabhängigkeit und ‚antisozialen‘ Zügen. Dabei ist der Serotoninumsatz häufig vermindert. (vgl. Fils-Aime et al. 1996)

Noradrenalin

Geringe Mengen von Alkohol führen zu einem vermehrten Umsatz von Noradrenalin im zentralen Nervensystem, bei chronischem Konsum entsteht eine noradrenerge Hypofunktion. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 35) Im Alkoholentzug kommt es hingegen zu einer plötzlichen noradrenergen Hyperfunktion.

Endogene Opioide

Es gibt eine so genannte Kreuztoleranz zwischen Alkohol und Opioiden, so kann durch Gabe von Morphin das Alkoholentzugssyndrom unterdrückt werden. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 38)

Es existieren drei verschiedene Opioidrezeptorsubtypen. (α -, δ - und μ - Rezeptoren). Chronischer Alkoholkonsum führt zu einer Erhöhung der Affinität der Opioidrezeptoren und der Dichte der Bindungsstellen für verschiedene Opioidrezeptorliganden. (vgl. ebd.) Es kommt auch zu Veränderungen im Opioid-Endorphin-System, was bei Abstinenz zu dysphorischen Verstimmungen oder Alkoholverlangen führen kann. (vgl. ebd.) So wurden bei Alkoholikern in der Entzugsphase niedrige Endorphinkonzentrationen gefunden. (vgl. ebd.)

Suchtgedächtnis und Drogengedächtnis

Das Suchtgedächtnis soll eher einem impliziten Gedächtnis entsprechen und muss daher nicht bewusstseinsfähig sein. Es spiegelt sich wieder in dem so genannten Konstrukt des ‚Reiz-Reaktions-Paradigmas‘ und geht von der Beobachtung aus, dass ein Reiz eine bestimmte Reaktion wiederholt hervorrufen kann. So kann ein alkoholassoziierter Reiz auf der subjektiven Ebene ein starkes Verlangen auslösen, was auf der Verhaltensebene zu einem Kontrollverlust in Form eines Rückfalls führen kann. (vgl. Wrase et al. 2007, 129)

Das Drogengedächtnis erinnert sich an eine spezifische situationsgebundene Drogeneinnahme und deren Wirkung. (vgl. ebd., 128)

Die Tätigkeit des Neurotransmitters und damit des Gehirns insgesamt kann aber auch noch anhand elektrischer Impulse gemessen werden, wie wir im folgenden kurzen Abschnitt sehen werden.

Neurophysiologie

Im Elektroenzephalogramm zeigt Alkohol einen biphasischen Effekt: Bei niedrigen Dosen kommt es zu einer Frequenzerhöhung, bei hohen Dosen zu einer Frequenzverminderung. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 39)

Bei chronischem Alkoholismus kommt es zunächst zu einer anfänglichen Abnahme der Grundfrequenz und danach im Rahmen einer Gegenregulation zu einer Normalisierung.

Interessanterweise wurde festgestellt, dass Alkohol bei Schlafenden die Rapid-eye-movement- (REM) Phasen unterdrückt und eine Zunahme des Tiefschlafes bewirkt. (vgl. ebd.)

Neben den nun beschriebenen biologisch-genetischen und neurophysiologischen Erklärungsansätzen geben die großen Therapierichtungen weitere Hinweise auf mögliche Ursachen einer Suchtentwicklung.

Dazu betrachten wir psychodynamische, verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze.

6.5 Psychodynamische Theorieansätze

In diesem Abschnitt werden psychoanalytische und weitere psychodynamische Aspekte einer Abhängigkeitsentwicklung untersucht.

In der Geschichte der Psychoanalyse hat jede Phase der Theoriebildung auch eine neue Suchttheorie hervorgebracht. Aktuell lassen sich drei einander nicht ausschließende, sondern ergänzende Auffassungen der Funktion von Suchtmitteln unterscheiden:

Der kleinste gemeinsame Nenner dieser verschiedenen Ansätze besteht wohl darin, dass chronischer Missbrauch und Abhängigkeit von Rauschmitteln als Symptom einer seelischen Störung anzusehen ist. (vgl. Mentzos 1984, 236 ff.) „Diese ist Ausdruck eines Konfliktes, der vom Individuum nicht bewältigt werden kann und/oder einer lebensgeschichtlich sehr frühen Entwicklungsstörung, die dazu geführt hat, dass die Persönlichkeitsstruktur ganz oder in Teilbereichen mangelhaft entwickelt ist. Der Rauschmittelkonsum wird als unzulänglicher Versuch angesehen, die innerseelischen Konflikte zu bewältigen, bzw. die strukturellen Defizite zu kompensieren.“ (Wohlfahrt 1992, 152)

Der triebdynamische Ansatz steht vor allem bei älteren psychoanalytischen Theorien im Vordergrund. Dazu zählen vor allem die „Vorstellungen von der Oralität und einer unkontrollierten, unsublimierten, aber verschobenen Triebhaftigkeit.“ (Rost 2001, 46)

Der Suchtmittelkonsum dient also der Unlustvermeidung und der direkten Befriedigung triebhafter, überwiegend oraler Bedürfnisse. Das Alkoholverlangen wird als Ausdruck der Triebdynamik mit einer Fixierung bzw. Regression auf die orale Thematik gesehen. (vgl. ebd.) Des Weiteren wird als Auslöser der Suchtentstehung die Vermeidung und Bekämpfung von Unlust bzw. Unlustspannungen oder von einer Initialverstimmung gesehen. (vgl. ebd., 42) Der Rausch kann auch als eine Regression des Ichs auf seine frühkindliche, narzisstische, omnipotente Urgestalt gesehen werden, nach dem sich das Ich sehnt, vor allem wenn der Süchtige mit seinem leistungsschwachen Ich nicht in der Lage ist, ein stabiles Selbstgefühl herzustellen.

Kritisch zu bemängeln ist jedoch die dabei zugrunde gelegte Ansicht, dass Alkohol immer etwas mit Genuss zu tun hat. Dies dürfte wohl die Ursprungsursache sein, jedoch steht beim chronischen Konsum vielmehr die Unfähigkeit im Vordergrund, auf andere Weise Lust zu empfinden. Beim fortgeschrittenen Alkoholismus empfindet der Alkoholiker oftmals Ekel beim Konsum, jedoch muss er trinken, um die Wirkung zu erfahren. (vgl. ebd., 47)

Außerdem schützt nach der triebpsychologischen Theorie der Suchtmittelkonsum das Ich vor Außenreizen, wie vor konflikthaft oder bedrohlich erlebten Inhalten des Es und des Über-Ichs. Ferner wird Sucht als Symptom bzw. als missglückter Bewältigungsversuch eines Konflikts zwischen den psychischen Instanzen begriffen.

Ein weiterer Aspekt ist die Ausagierung tabuisierter Affekte wie Aggressionen oder Sexualität, die vor allem bei einer indoktrinierenden, stark reglementierenden Über-Ich-Struktur der Person zum Tragen kommen kann. (vgl. Rost 2001, 49; Merkel 1987)

Die Aspekte der Objektbeziehungen umfassen sowohl die Beziehung zu anderen Menschen einschließlich der verinnerlichten Bilder und Vorstellungen, als auch die Beziehungen zu sich selbst. Das Suchtmittel wird als Objektersatz, als Partialobjekt, oder als Übergangsobjekt aufgefasst (Bilitza & Heigl-Evers 1993, 158)

Dieser Erklärungsansatz kann auch als Selbstzerstörungstheorie bezeichnet werden, weil mit diesem Ansatz vor allem die am schwersten gestörten Alkoholiker beschrieben werden können. (vgl. Rost 2001, 105) Der frühgestörte Alkoholiker erlebte die Mutter seiner ersten Kindheit als überwiegend böse; es handelt sich um eine fressende, zerstörerische Brust. (vgl. ebd., 88) Bei diesem Erklärungsansatz wird angenommen, dass auf Grund massiver Entwicklungsbeeinträchtigungen (durch körperliche und sexuelle Gewalt, Ablehnung, Suizidversuche der Eltern usw.) keine Identifikation mit dem Objekt einer nährenden, fürsorglichen, ‚guten Mutter‘ stattgefunden hat. Mit dem Trinken wird versucht, das eigene Selbst wie auch indirekt die ‚böse Mutter‘ zu zerstören. (vgl. Rost 2001, 92). Der Alkohol repräsentiert die böse, fressende, zerstörerische Brust, die der Süchtige aber als solche nicht bewusst erlebt. Der Alkohol verwandelt sich im Inneren in das böse Introjekt und zerstört real den Körper. (vgl. ebd., 88, 89)

Dabei ist nach Simmel der ständige Kampf des Alkoholikers gegen seinen Drang zu trinken Ausdruck der Objektfixierung und seines Konfliktes, Liebe von der Mutter erhalten zu wollen, indem er sie verschlingt, um damit die einzige Person umzubringen, von deren Existenz seine Hoffnung auf Sicherheit abhängt. Dahinter steckt eine unbewusste Todessehnsucht, in den Mutterleib zurückzukehren, in einen Zustand ohne quälende Ambivalenzen. (vgl. Simmel 1948)

Somit könnten auch die starken Selbstmordtendenzen von Alkoholikern mit diesem Modell beschrieben werden. Man kann das Trinken auch als einen schleichenden Selbstmord auf Raten verstehen. (vgl. Rost 2001, 94)

Rost bemerkt kritisch, dass nicht alle Trinker selbstzerstörerische Tendenzen aufzuweisen haben, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass bei einer Vielzahl der Fälle eine aggressive, destruktive Dynamik zugrunde liegt. (vgl. ebd. 104)

Die Ich-psychologische Sichtweise rückt die Störungen bei der Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur (Ich, Es, Über-Ich) in den Mittelpunkt der Betrachtungen. (vgl. Rost 2001, 51) Übereinstimmend gehen alle Autoren davon aus, dass die zentrale Instanz des Ichs beim Süchtigen geschwächt und unentwickelt geblieben ist, vor allem auch in Bezug auf die Realitätsprüfung. (vgl. ebd.)

Ein wesentlicher Unterschied zum triebdynamischen Modell besteht darin, dass das Symptom ‚Alkoholismus‘ hier nicht mehr Ausdruck eines Konflikts – etwa zwischen miteinander in Konkurrenz stehenden Triebregungen oder zwischen Triebimpulsen und Anforderungen der Umwelt (meist durch Eltern repräsentiert) – ist, sondern Resultat eines Defekts in der Struktur der Persönlichkeit. Dabei wird eine idealtypische Entwicklung der Persönlichkeit angenommen. (vgl. ebd., 52)

Aus Sicht der Ich-psychologischen Defizite liegen dem Suchtmittelkonsum keine Selbstzerstörungs-, sondern im Gegenteil Selbstheilungstendenzen oder auch Selbstmedikationen zugrunde: Die Defizite beziehen sich auf Affekt- und Impulskontrolle, auf eine niedrige Frustrationstoleranz, auf das Urteilsvermögen, auf integrative und organisierende Fähigkeiten sowie auf die Über-Ich-Struktur. Der Suchtmittelgebrauch kann als Reizschutz gegen Angst, Schmerz und Depression verstanden werden. Gemäß dieser Position übernimmt das Suchtmittel psychische Funktionen (Ich-Funktionen), die der abhängigen Person nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. (vgl. ebd. 52 ff.)

Der Süchtige wird als kranke Person betrachtet, die verzweifelt versucht, ihre aus ihren Defekten des Ichs resultierende Krankheit zu bewältigen. (vgl. ebd., 60)

Psychogenetisch wird angenommen, dass es sich hauptsächlich um frühe Störungen handelt, wobei Identitätsbildung (Selbstbild), die Entwicklung von Autonomie, sowie die Entwicklung von Über-Ich-Funktionen (Kontrollfähigkeiten) gestört sind. (vgl. ebd., 58)

Wenn der psychische Zustand auf Dauer als quälend und zermürend erlebt wird, wie zum Beispiel bei schweren Depressionen oder Borderline-Störungen, dann kann dem erneuten Suchtmittelkonsum durch die dadurch herbeigeführte Abschwächung der bedrohlichen Affekte sogar eine suizidprophylaktische Bedeutung zukommen.

Auch bei einem mangelhaft entwickelten und labilen Selbstwertgefühl erfüllt das Suchtmittel eine wichtige ‚psychische Reparaturfunktion‘, indem es z.B. dazu verhilft, die auf Grund der hohen Kränkbarkeit immer wieder erlebten Kränkungen besser ertragen zu können. (vgl. Wohlfahrt 1992, 157)

Rost kritisiert am Ich-psychologischen Modell die Vernachlässigung der Triebkonflikte und die Annahme eines strukturellen Defekts bei Alkoholikern. (vgl. Rost 2001, 76)

Erwähnt werden soll auch noch der Selbstpsychologieansatz nach Kohut im Zusammenhang mit der Narzissmustheorie. In dieser Theorie wird der mechanistische Charakter der Ich-Psychologie kritisiert und das Selbst als der konstituierende Teil der Persönlichkeit herausgestellt. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf die Grandiositätsphantasien und den Selbstheilungscharakter des Alkohols oder der Drogen. (vgl. Rost 2001, 67) Die narzisstische Grandiosität drückt sich zum Beispiel auch in dem dem Verfasser in der Praxis sehr oft auftretenden Phänomen der Selbstüberschätzung aus. Dazu zählen auch die oftmals irrealistischen Zielvorstellungen Abhängiger, wenn sie die Einrichtung verlassen wollen. (vgl. Wohlfahrt 1992, 165, 169)

Dazu gehört auch das Schwanken zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen auf der einen Seite und Leichtsinn, Bedenkenlosigkeit und Selbstüberschätzung auf der anderen Seite. Somit unterliegt das Selbstwertgefühl einer Dysregulation. (vgl. ebd. 156)

Unter dem Aspekt des Narzissmus kann der Alkohol gesehen werden als Ausdruck einer Stimulation des Selbstwertgefühls und einer Förderung narzisstischer Grandiositätsphantasien, als narzisstische Regression, beim Spiegeltrinker als dumpfes, narzisstisches Gleichgewicht. Des Weiteren kann der Alkohol die Illusion der narzisstischen Autonomie fördern oder als narzisstisches Ersatzobjekt angesehen werden. (vgl. ebd. 157 – 159)

Einen weiteren psychodynamischen Bezugsrahmen für die Erklärung süchtigen Verhaltens ergibt sich aus den Abhängigkeits-Autonomie-Konflikten von Alkoholabhängigen:

Küfner postuliert zwei allgemeine Grundmotivationen menschlichen Verhaltens, nämlich Bindung und Autonomie. Die Bindungsmotivation gliedert sich in einen mehr passiven Anteil der Abhängigkeitsbedürfnisse und einen aktiven Teil der Fürsorge für Andere. Die Autonomiebedürfnisse beziehen sich einmal auf die innere Autonomie (Selbstbild, Impulskontrolle, Ich-Funktion) und auf die äußere Autonomie (Explorationsbedürfnisse,

Macht, Einfluss auf Andere). Phänomene des Suchtverhaltens wie Verleugnungstendenzen, die Bedeutung von Größenphantasien und die mangelnde Impulskontrolle u.a. lassen sich in dieses Modell als motivationales Bezugssystem besser einordnen. (vgl. Küfner 1984)

Neben den psychodynamischen Aspekten hat sich auch die Verhaltenstherapie ausführlich mit den Ursachen beschäftigt, die zu einer Suchtentwicklung beitragen.

6.6 Verhaltenstherapeutische Ansätze

„Aus Sicht der Verhaltenstherapie wird die Krankheit Alkoholismus als gelerntes Verhalten betrachtet. Die grundlegenden Prinzipien der Lerntheorie und der Verhaltenstherapie wurden auch auf das Suchtverhalten übertragen.“ (Feuerlein et al. 1998, 96)

„...behavioral theories of alcoholism assume that at least some of the manifold varieties of alcoholism are acquired and maintained, at least in part, via identifiable, recognizable, known mechanism of learning.“ (vgl. Nathan 1978, 3)

Nach den Prinzipien des Modelllernens (Bandura 1978) sieht ein prospektiver Suchtmittelbenutzer die positiven Folgen des Alkoholkonsums bei Eltern, Freunden und insbesondere bei Idolpersonen. Und schließlich folgen dementsprechende erste Alkoholerfahrungen meist zusammen mit Gleichaltrigen oder im Kontext der Familie. (vgl. Revenstorf & Metsch 1986, 132)

Nach den Prinzipien der klassischen Konditionierung (Pawlow) und der operanten Konditionierung (Skinner) werden mit der Zeit eine Reihe von positiven, als entspannend und stressdämpfend oder auch als stimulierend und aktivierend erlebte Erfahrungen gemacht, die schließlich zum wiederholten Konsum führen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 96)

Dabei setzt die Verstärkerwirkung des Alkohols erst nach Überwindung der Geschmacksaversion ein, da der erste Alkoholgenuss meist nicht als positiv beschrieben wird. Somit sind die psychotropen Wirkungen für die Verstärkerqualität verantwortlich. (vgl. Revenstorf & Metsch 1986, 132)

Schließlich verschafft der Suchtmittelgebrauch Zugang zu sozial attraktiven Gruppen im Sinne einer sekundären Verstärkung, evtl. auch durch eine reale oder fiktive Anerkennung. (vgl. ebd., 126)

Ab Mitte der Sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts wurde verstärkt Bezug auf die operante Konditionierung genommen. In Untersuchungen von Mello und Mendelson wurde im Rahmen der Alkoholismusforschung gezielt Alkohol an Klienten verabreicht, um die verhaltensmäßigen Auswirkungen des Alkoholkonsums zu erfassen. (vgl. Mello & Mendelson 1965)

Das Paradigma der operanten Konditionierung besteht hauptsächlich in der negativen Verstärkung des Alkoholismus durch Reduzierung aversiv erlebter Zustände und entspricht

damit der Spannungs-Reduktions-Hypothese und dem Stressansatz. (vgl. Cappell & Greely 1987) „Tension reduction theory is a direct outgrowth of the application of drive reduction theory to an understanding of how alcohol is reinforcing. Although drive reduction theory applies equally to appetitive and aversive states have been the primary focus of attention.“ (Cappell & Greely 1987) Spannungen können Ängste, Sorgen, Konflikte oder Frustration sein.

Die Situation und die Umstände des Konsums können als diskriminative Stimuli für den Alkoholkonsum aufgefasst werden. Es kommt in der Anfangsphase zu einer positiven Verstärkung, wenn kleine Dosen von Alkohol zu einer allgemeinen Stimulierung und Aktivierung beitragen. (vgl. ebd.)

Die kognitive Theorie erklärt die positive Valenz des Alkohols nicht durch klassische Konditionierung, sondern im Sinne einer Erfolgserwartungstheorie. Die erwartete Wirkung des Alkohols wird auf Grund zahlreicher experimenteller Untersuchungen als entscheidend angesehen. (Marlatt & Rohsenow 1980, 159ff.) In den Versuchsanordnungen wurde sichergestellt, dass die Probanden nicht wissen, ob sich Alkohol oder kein Alkohol in dem konsumierten Getränk befindet, wobei sie zu der Annahme geführt werden, dass es sich um eine Geschmacksbeurteilungsaufgabe handelt. Auf diese Weise ist es möglich, den kognitiven Erwartungseffekt von der physiologischen Drogenwirkung zu trennen. (vgl. ebd.)

Dabei wurde festgestellt, dass bis zu einer mittleren Blutalkoholkonzentration die erlebte Alkoholwirkung sowie daraus resultierende Verhaltensweisen zumindest genauso bedeutsam sind, wie die physiologischen Wirkungen des Alkohols selbst, zum Beispiel in Bezug auf die Stimmungslage oder auf die Spannungsreduktion. (vgl. ebd.)

Mangelnde soziale Kompetenzen als Teil der Stressanfälligkeit können zu Stresssituationen führen, für die wiederum Alkoholkonsum als Lösungsweg gesehen wird. In Untersuchungen von Brown et al. wurde der Zusammenhang von Stress und Alkohol empirisch untersucht. Beispielsweise wurden Stresssituationen wie der Verlust von sozialen Rollen (berufliche Rolle, soziale Beziehung) näher betrachtet. (vgl. Brown et al. 1990)

Des Weiteren haben Untersuchungen gezeigt, dass Alkohol durch die an ihn geknüpften Hoffnungen auf eine Steigerung subjektiver Kompetenz eine verstärkende Wirkung hat. Dazu zählen subjektive Kompetenzen, wie, sich von Problemen distanzieren zu können, Kontakt aufnehmen zu können, sich durchsetzen zu können, sexuell attraktiv und sozial geschickt zu sein. (vgl. Revenstorf & Metsch 1986, 132)

Dabei ist durch Alkohol einmal die Angst, andererseits die Hemmung, aggressive und sexuelle Impulse zuzulassen, verringert.

Diesbezüglich ist aber nicht die physiologische Wirkung für diesen Effekt verantwortlich, sondern auch schon die Erwartung. (vgl. ebd.) Hierzu tragen vier verschiedene Lernprozesse bei: Das eigene erfolgreiche Verhalten, also wiederabrufbare erfolgreiche Lernerfahrungen, Modelllernen, Suggestion („Nimm erst mal einen Schluck, dann sieht die Welt schon ganz anders aus!“) und emotionale Erregung. Der zuletzt genannte Prozess meint, dass durch die Bewältigung von Angst mit Alkohol ein positives Gefühl der subjektiven Kompetenzen entsteht. (vgl. Bandura 1988 zit. n. vgl. Revenstorf & Metsch 1986, 131)

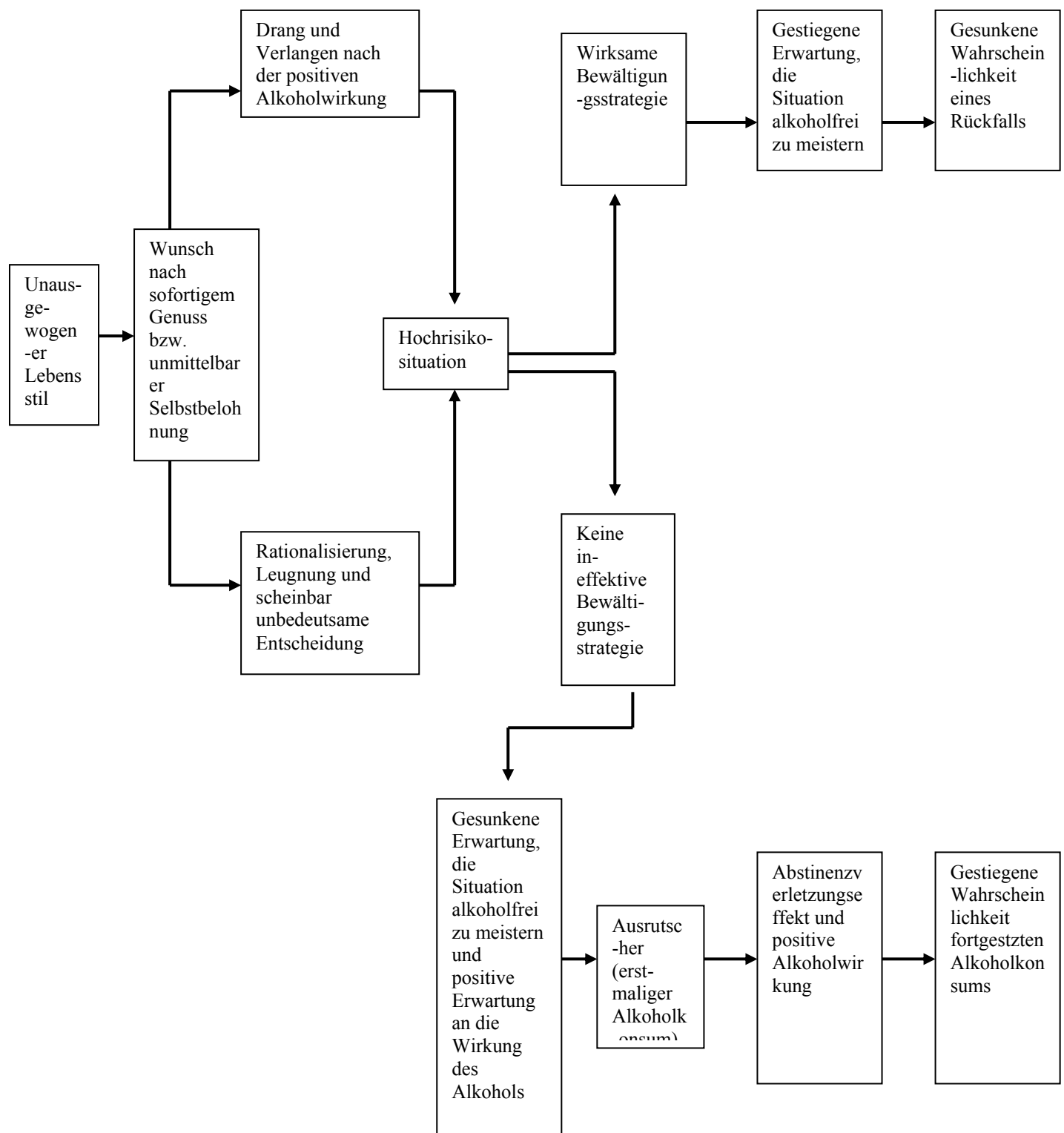
Deswegen sind Personen, denen keine anderen Quellen subjektiver Kompetenzen zugänglich sind, besonders gefährdet, eine Trinkerkarriere zu entwickeln, da dieser Mangel durch ‚Alkoholkompetenzen‘ substituiert wird. (vgl. Revenstorf & Metsch 1986, 132)

Des Weiteren ist in Bezug auf die sozial-kognitive Lerntheorie der Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung in neueren Suchtansätzen von Bedeutung. Darunter wird im positiven Sinne eine Selbsteinschätzung verstanden, die davon ausgeht, die angestrebte Abstinenz aufrechterhalten zu können und im negativen Sinn die Unfähigkeit, das Alkoholproblem durch eine abstinenten Lebensweise bewältigen zu können. In Bezug auf die Stresssituationen ist damit also eine positive oder negative Selbsteinschätzung gemeint, die es ermöglicht, diese Situation mit oder ohne Alkohol zu bewältigen. (vgl. Petry 1996, 18)

Ein weiteres sehr wichtiges Konzept ist die sozialkognitive Lerntheorie von Marlatt. Die Wahrscheinlichkeit für Alkoholkonsum in einer Situation ist dabei abhängig von:

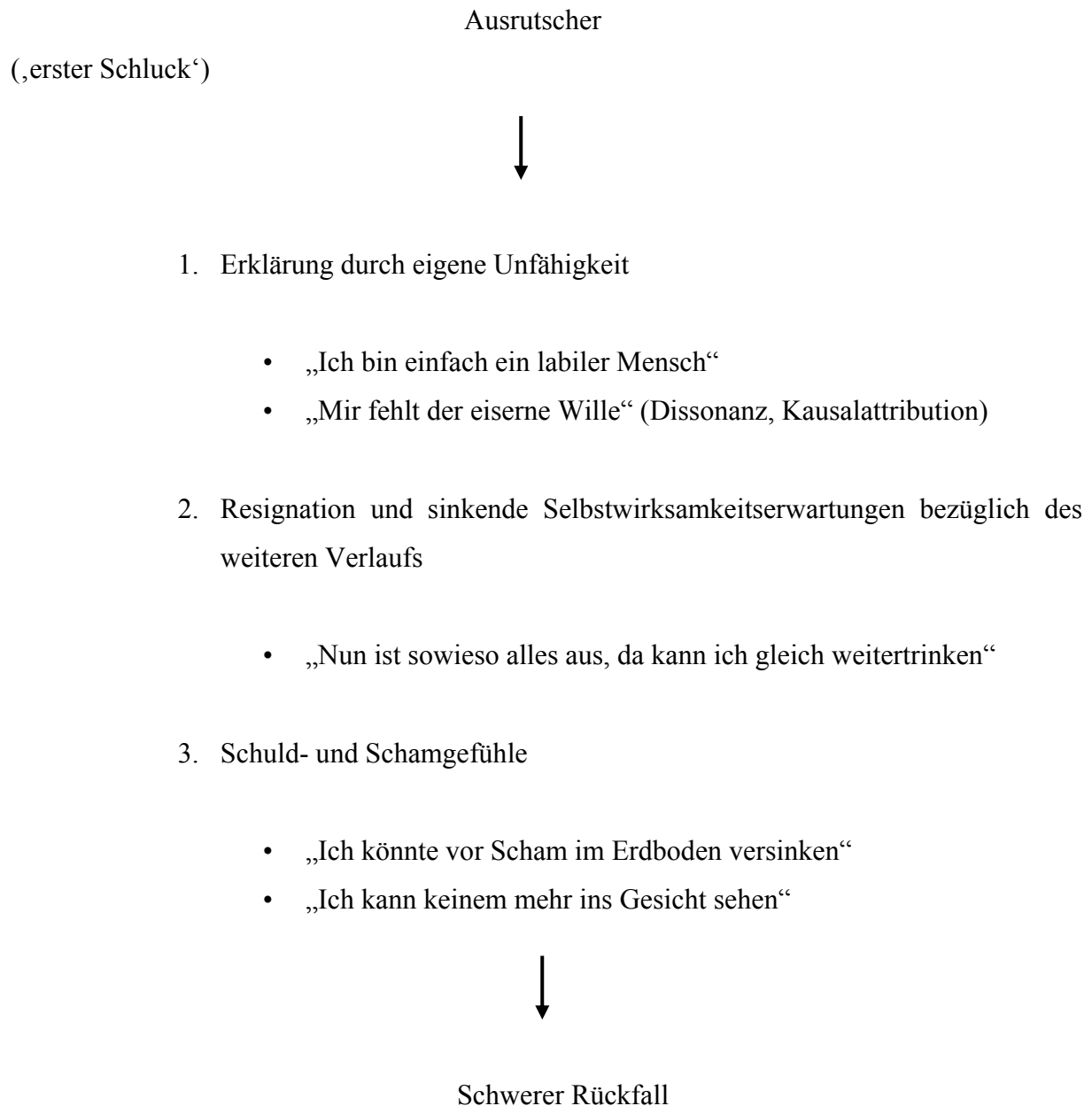
- Der Höhe der erlebten Belastung
- Der Wahrnehmung eigener Kontrollmöglichkeiten
- Dem Verfügen über alternative Bewältigungsformen und entsprechender Kompetenzüberzeugung
- Den Erwartungen von der Wirksamkeit des Alkohols als Bewältigungsstrategie
- Der Präsenz alkoholischer Getränke und bestehender sozialer Trinkzwänge. (vgl. Marlatt 1976 zit. n. Feuerlein et al. 1998, 98)

Marlatt hat auf dieser Grundlage ein Rückfallmodell entwickelt, das meist den Ausgangspunkt bei einem unausgewogenen Lebensstil nimmt. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, ob genügend Bewältigungsstrategien in einer Risikosituation zur Verfügung stehen. So kommt es in einer Risikosituation entweder zu einer Bewältigung und damit zu einer gestiegenen Erwartung, diese Situation in Zukunft abstinenter zu meistern, oder es stehen keine ausreichenden Bewältigungsstrategien zur Verfügung, was die Wahrscheinlichkeit eines Ausrutschers und eines größeren Rückfalls erhöht. (vgl. Marlatt 1985 a, 37 –50)



(vgl. Marlatt 1985a, 38, 48)

Der Übergang von einem Ausrutscher zu einem Rückfall wird durch kognitive und emotionale Prozesse begünstigt, die in folgendem Schema zusammengefasst sind, man spricht vom so genannten Abstinenz-Verletzungs-Effekt:



(vgl. Marlatt 1985b)

Vor allem zur Betrachtungsweise von Rückfällen hat das sozialkognitive Lernmodell einen entscheidenden Beitrag geleistet.

Während die klassische Rückfalldefinition einen Rückfall als jeglichen Alkoholkonsum nach einer Phase der Abstinenz betrachtet, verzichtet der sozialkognitive Ansatz auf den pauschalen Rückfallbegriff. (vgl. Körkerl 2003, 31) Es werden Trinkmengen und -muster unterschieden, Veränderungen werden analysiert. (vgl. ebd.)

Des Weiteren wird der Rückfall als normal betrachtet. Die klassische Sichtweise betrachtet die Abstinenz als normal. Der Rückfall wird nach dem sozialkognitiven Modell auch nicht als Misserfolg gewertet, sondern im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung als Lernerfahrung gesehen. (vgl. ebd., 32)

Deswegen führt in den meisten Einrichtungen ein Rückfall nicht mehr zu Entlassungen und wird nicht mehr im klassischen Sinne als Mangel an Abstinenzmotivation gesehen. (vgl. ebd., 33) Der Rückfall wird vielmehr zur gezielten Weiterbehandlung genutzt, er wird aufgearbeitet und es werden Präventionsstrategien für die Zukunft entwickelt. (vgl. ebd.)

In verschiedenen Studien wurden die Ursachen für Rückfälle genauer untersucht. (vgl. Übersicht in Körkel 2003, 20) Zu den intrapersonalen Einflussfaktoren zählen unangenehme Gefühle (50% – 75%) wie Ängste, Depressionen, abrupte Stimmungsschwankungen, Gefühle innerer Leere und fragiler Identität, wie etwa bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Verlusterlebnisse nach Trennung, Tod oder Kündigung, unangenehme Nebenwirkungen von Psychopharmaka und auch Ärger.

Weitere Faktoren sind unangenehme körperliche Zustände wie Schmerzen oder Schlaflosigkeit, angenehme Gefühle, wie zum Beispiel Stolz über vollbrachte Leistungen oder Glück, Versuche des kontrollierten Trinkens und ‚unwiderstehliches Alkoholverlangen‘ (craving). Zu den interpersonalen Einflussfaktoren zählen Konflikte mit anderen Menschen (Streit, Spannungen), das Zusammensein mit Alkoholkonsumenten, also soziale Risikosituationen inklusive Trinkaufforderungen, und angenehme Gefühlszustände im Zusammensein mit Anderen. (vgl. Übersicht in Körkel 2003, 20)

Insgesamt haben die verhaltenstherapeutischen Aspekte eine große Bedeutung in der Suchttherapie, weil ihre Hypothesen gut mit operationalisierbaren Variablen überprüfbar sind und somit den Prinzipien einer wissenschaftlichen, evidenzbasierten Suchtbehandlung entsprechen.

Eine weitere bedeutende Therapierichtung, die wichtige Beiträge zu Erklärung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen und Alkoholismus liefert, ist die systemische Familientherapie.

6.7 Systemische Theorien

Die systemische Perspektive ermöglicht die Ergänzung einer rein individualistischen Sicht um beziehungs-dynamische Aspekte. Man kann hier zwei Gruppen von Theorieansätzen unterscheiden:

- die systemisch-familientherapeutischen Theorieansätze (vgl. Schmidt 1992; siehe unten)
- und die systemwissenschaftlich orientierten Theorieansätze, die in der Systemwissenschaft ein Instrument zu integrativer Theorieentwicklung sehen, und die nicht primär therapeutisch orientiert sind. (vgl. Tretter & Küfner 1992) Beispiele hierfür sind die Annahme spezifischer ‚Teufelskreise‘ für Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht. (vgl. Abb. Seite 64)

Zur Illustration systemisch-familientherapeutischen Vorgehens werden einige Charakteristika des systemischen Ansatzes zusammenfassend dargestellt. (vgl. Schmidt 1992):

Die systemische Perspektive richtet ihr Augenmerk also nicht auf den individuellen Organismus, sondern auf das ganze Ökosystem, in das er eingebettet ist und auf das er ebenfalls selbst wieder einwirkt. Zu diesem Ökosystem zählt der Organismus und seine biosoziale und physikalische Umgebung. (vgl. Schmidt 1992, 175)

Das Suchtmittel ist demnach ein zentrales, organisierendes Prinzip für die Interaktion und Aktivitäten in der Familie. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit durch die Auseinandersetzung mit dem Suchtverhalten und dessen Folgen die verschiedensten Familieninteraktionen beeinflusst werden. Das Suchtverhalten des Indexpatienten hat die Funktion, die Familienkohäsion zu stärken und bestehende Konflikte zu entschärfen. Es geht also auch um eine oftmals unbewusste Entscheidung für den Erhalt des Familiensystems. (vgl. ebd. 175)

Das Symptom, also der Alkoholismus, kann zunächst als Krankheit betrachtet werden, und die anderen Familienmitglieder behandeln den Betroffenen nach dem Motto „Kranke muss man ja schonen“. Dies kann jedoch zur Verstärkung des Symptoms führen. Somit ist der Lösungsweg das Problem, und die Familie befindet sich sehr schnell in einem kreisförmigen oder endlos-spiraligen Prozess. (vgl. ebd., 176, 178) Dem liegt oft die falsche

Annahme zugrunde, dass das Austragen von Konflikten zu gefährlich sein könnte. Demnach hat also das Symptom Alkoholismus eine beziehungsregulierende Funktion, bei der die Partner nicht mehr direkt miteinander in Beziehung stehen, sondern das Symptom steht quasi als Beziehungsmittglied dazwischen. (vgl. ebd. 178)

„Ein zentrales Phänomen in Suchtfamiliensystemen ist die Entwicklung und die wechselseitige Aufrechterhaltung massiver Muster von Abhängigkeit und von Außenorientierung in den Beziehungen der Beteiligten. Außenorientierung meint, dass die Beteiligten ihr Erleben und Verhalten mehr nach den Erwartungen und Entscheidungen Anderer ausrichten als an eigenen, inneren Standpunkten.“ (ebd., 179)

Oftmals muss zu einer Ursachenanalyse die Bedeutung der Herkunftsfamilie miteinbezogen werden, da es hier übergreifende Abhängigkeitssysteme geben kann. (vgl. ebd. 180)

Dieses Verhalten der Familienmitglieder wird auch als Coalkoholismus oder co-abhängiges Verhalten bezeichnet. (vgl. Aßlag 1993, 11) Die Vorläufer dieses Begriffes waren Co-Alkoholismus bzw. Co-Alkoholiker. Beide stammen aus dem Sprachgebrauch der Anonymen Alkoholiker. Der Begriff Co-Abhängigkeit beschreibt die wesentliche Gemeinsamkeit des Süchtigen und des Angehörigen: Die Abhängigkeit. Beide bilden eine Krankengemeinschaft, die an der Aufrechterhaltung der Abhängigkeit beteiligt sind. (vgl. ebd., 11) Somit stellt dieser Begriff das helfende Verhalten in Frage, weil in Wirklichkeit er selbst abhängig ist und die Abhängigkeit des Anderen unterstützt. (vgl. ebd., 8).

Im Sinne der Systemerhaltung muss die Familie auf den destruktiven Anteil des Suchtverhaltens reagieren, damit sie als Ganzes ihre Aufgaben, z.B. Gewährleistung der materiellen und emotionalen Sicherheit, weiterhin erfüllen kann. Das bedeutet, dass die einzelnen Familienmitglieder zunächst versuchen, das süchtige Verhalten zu kontrollieren und die negativen Folgen so gering wie möglich zu halten. (vgl. ebd., 182)

Das heißt also, dass die Rollen komplementär so verteilt sind, dass der nichtsüchtige Partner zunehmend die Rolle des Starken und Kontrollierenden einnimmt. Er übernimmt immer mehr Verantwortung für zahlreiche Funktionsbereiche, die der Süchtige vernachlässigt. Wenn sich das Suchtverhalten trotzdem verstärkt, dann geht es soweit, dass der ‚nüchterne‘ Partner häufig versucht, seine Vorstellungen, wie der Suchtpatient sich zu verhalten hat, durchzusetzen. (vgl. ebd.) Jedoch erlebt der süchtige Partner die Bemühungen des kontrollierenden Partners als massive Unterwerfungs- und Kontrollversuche, worauf er

wieder mit vermehrtem Suchtmittelkonsum antwortet. Dies erhöht wiederum die Kontrollbemühungen des Partners. (vgl. ebd.) So werden einerseits Absichtserklärungen abgegeben, nichts mehr zu trinken, also sich den Erwartungen des Partners entsprechend zu verhalten, andererseits werden diese Vorsätze aber wieder von Ausrutschern begleitet, welche den Partner zu vermehrten Kontrollbemühungen veranlassen. (vgl. ebd.) Es entsteht ein Teufelskreislauf.

In diese Konstellationen fließen oftmals noch zusätzliche Beziehungskomponenten aus der Herkunftsfamilie ein. Wenn Kinder in der Familie vorhanden sind, können diese zu Koalitionspartnern oder Sündenböcken werden. (vgl. ebd.; vgl. Kapitel über soziologische Folgeschäden)

Der Alkohol wird oft als Sündenbock gesehen. Dabei werden jedoch Frustrationen und Ärger nicht auf den Patienten selbst bezogen, sondern auf den Alkohol verlagert, was für das ganze System Entlastung bedeutet, vor allem auch für die Beziehungskonflikte. (vgl. ebd., 183)

Schließlich wird angenommen, dass es nicht die typische Alkoholiker- oder allgemeiner, die typische Suchtfamilie gibt. So heterogen die Persönlichkeiten der Süchtigen sind, so heterogen sind auch die Familien mit einem Abhängigen. Damit soll vor voreiligen Verallgemeinerungen bezüglich bestimmter Familienkonstellationen gewarnt werden. (vgl. ebd. Schmidt 1992, 189 ff.)

Die Erklärungsansätze aus systemischer Sicht haben auch eine große Bedeutung in der professionellen Suchthilfe, da auch im Therapeut/Berater-Klientensystem Co-abhängige Dynamiken auftreten können.

Aber auch der systemische Ansatz erklärt eine Suchtentstehung nur aus einer Perspektive, wie auch die bereits behandelten Ansätze. Demgegenüber versuchen entwicklungspsychologische Theorieansätze, individuelle und Umweltaspekte zu verbinden.

6.8 Theorieansätze aus entwicklungspsychologischer Perspektive

Die entwicklungspsychologische Perspektive kann als eigener Ansatz verstanden werden, da er in die klassischen Theorieansätze nicht eingeordnet werden kann. Die Erkenntnisse dieses Ansatzes gehen aus verschiedenen größeren Längsschnittstudien zur Entwicklung des Drogenkonsums bei Jugendlichen hervor. Meist wird in den Untersuchungen nicht streng zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln unterschieden. Man kann diese entwicklungspsychologische Perspektive auch als integrativen Ansatz verstehen, zumindest bezüglich psychologischer und sozialer Faktoren, wobei allerdings biologische Variablen manchmal ausgeklammert werden. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 101)

Im Folgenden sollen zwei Ansätze vorgestellt werden.

Jessor & Jessor haben eine psychosoziale Theorie des Problemverhaltens entwickelt. Das Modell enthält verschiedene Systeme mit Subsystemen:

- Das Persönlichkeitssystem mit den Subsystemen Motivation-Anregung. Dazu zählen zum Beispiel das Streben nach Unabhängigkeit, persönliche Überzeugungen und internalisierte Kontrolle (vgl. Jessor & Jessor 1977,19,20,21)
- Das Umweltsystem mit Freunden und Familie (vgl. ebd. 26)
- Das Verhaltenssystem (Problemverhalten versus angepasstes Verhalten) (vgl. ebd., 32)

Als Ergebnis dieser empirischen Studie stellte sich heraus, dass der Beginn des Drogenverhaltens bzw. die Anfälligkeit der Jugendlichen in Zusammenhang mit einer geringeren Wertschätzung der Leistung, einem größeren Ausmaß sozialer Kritik, einer größeren Toleranz gegenüber devianten Verhaltensweisen, weniger elterlicher Kontrolle und Unterstützung und einem im Vergleich zu nicht Abhängigen größeren Einfluss von Freunden steht. (vgl. ebd. 145 ff.)

Ein weiterer Ansatz ist das Domain-Modell nach Huba und Bentler: Im Rahmen von Strukturgleichungsmodellen werden Variablen in verschiedene Einflussbereiche eingeordnet, die sich gegenseitig beeinflussen. (vgl. Huba & Bentler 1981, 151) Den vier Oberkategorien ‚biologischen‘, ‚intrapersonalen‘, ‚interpersonalen‘ und ‚soziokulturellen‘ Faktoren werden verschiedene Unterfaktoren zugeordnet.

Zur biologischen Kategorie gehören genetische Faktoren, der Zustand des Organismus und psychophysiologische Faktoren. (vgl. ebd., 153)

Zu den intrapersonalen Faktoren zählen Kognitions- und Verhaltensmuster, typische Gefühlszustände und Persönlichkeitsmerkmale, Wahrnehmungstypen, motivationale Elemente und Selbstbewusstsein sowie Selbstwertgefühle. (vgl. ebd.)

Die Beziehungen zu Freunden und zur Familie werden der interpersonalen Kategorie untergeordnet, zu den soziokulturellen Faktoren zählen zum Beispiel die Verfügbarkeit der Droge und sozioemotionaler Stress, der aus den Beziehungsgeflechten hervorgeht. (vgl. ebd.)

Mit diesem Modell ist es möglich, durch konsequente Operationalisierungen empirische Überprüfungen durchzuführen. In einer Längsschnittstudie wurden die insgesamt 169 Variablen mittels Fragebogen an 1068 Jugendlichen abgefragt und untersucht, inwieweit diese Faktoren im Einzelnen mit dem Drogenkonsum korrelieren bzw. untereinander korrelieren. (vgl. ebd. 161)

Mit den entwicklungspsychologischen Theorieansätzen sind nun alle wichtigen Perspektiven, die eine Abhängigkeitsentstehung erklären, betrachtet worden.

Abschließend soll noch eine zusätzliche Theorie hinzugefügt werden, die einen für diese Arbeit wichtigen Denkansatz beinhaltet.

6.9 Die Selbstkonzepttheorie

Nach Eastman und Norris leben eine Reihe von Alkoholikern in einem erheblichen inneren Ungleichgewicht zwischen dem Bild, wie sie sich tatsächlich sehen, und wie sie sich gerne sehen würden (Realbild-Idealbild-Diskrepanz). (vgl. Eastman & Norris) Befragt man diese Alkoholiker, so erwarten sie nach Alkoholkonsum einen Zustand gesteigerter innerer Harmonie und führen diesen dann auch herbei, sie versuchen durch das Trinken zu denjenigen Personen zu werden, die sie sein möchten. “(A)lcoholics drink because they want to be that version of themselves which they believe drinking can bring about.” (Eastman & Norris 1982) In einer umfangreichen Untersuchung mit Alkoholikern, die an Beratungssitzungen teilnahmen und Abstinenz anstrebten, konnten Eastman und Norris diese Ausgangsüberlegungen bestätigen. (vgl. ebd.)

Sie stellen fest:

1. Alkoholiker weisen eine große Diskrepanz auf zwischen dem tatsächlichen Bild, das sie von sich selbst besitzen (‘reales Selbstbild‘) und dem Bild, wie sie sich selbst gerne sähen (‘ideales Selbst‘). Diese Diskrepanz ist bei nicht Alkoholtrinkenden (Mitgliedern der Heilsarmee) und sozial Trinkenden deutlich geringer. “The alcoholics, as a group, appear to have a higher level of self-dissatisfaction than social drinkers...the alcoholics expect a large increase in self-dissatisfaction as a consequence of wanting a drink, with a large change in the direction of the Ideal self as a consequence of having one drink.” (ebd.)
 2. Ein Teil der Alkoholiker mit sehr hoher Realbild-Idealbild-Diskrepanz erwartet nach ‘einem Glas‘, bei ‘Angetrunkenheit‘ und durch einen ‘idealen alkoholisierten Zustand‘ eine Reduzierung ihrer Selbstunzufriedenheit.
 3. Ca. 70% dieser Gruppe werden in einem Zeitraum von 2 Monaten nach der Erhebung der Realselbst-Idealselbst-Werte rückfällig.
- „It has been shown that abstinence-oriented alcoholics who entertained positive expectations concerning a variety of drinking and drunken states had a greater probability of relapsing than had their peers who harbored no such ideas.” (ebd.) (vgl. Eastman & Norris 1982)

Dieser Ansatz weist darauf hin, dass die Eigen- und Fremdsicht von Alkoholikern offensichtlich differieren, da bei der Erhebung zur Einschätzung des Realbildes Angehörige der betroffenen Probanden befragt worden sind. (vgl. ebd.)

Diese Annahme spielt im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch eine Rolle, da auf der Grundlage der Subjektperspektive auch die Eigen- und Fremdsicht der Betroffenen untersucht werden wird.

7. Fazit

Wir haben nun soziale, soziologische, genetische, neurobiologische, neurophysiologische, psychodynamische, systemische, verhaltenstherapeutische, entwicklungspsychologische und selbstkonzepttheoretische Perspektiven betrachtet, welche auf die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit eingegangen sind. Es ist klar geworden, dass an der Entwicklung einer Suchterkrankung immer mehrere dieser Einflussfaktoren beteiligt sind.

In besonderer Weise haben die entwicklungspsychologischen Theorieansätze den Versuch unternommen, soziale, individuelle und biologische Faktoren zu berücksichtigen und als Variablen zu operationalisieren mit dem Ziel, statistisch gesicherte Aussagen über relevante Merkmale treffen zu können, die zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen.

Zusammenfassend waren alle behandelten Ansätze bestrebt, Erklärungen zu finden, die in möglichst vielen Fällen einer Abhängigkeitsentwicklung bestimmend sind.

Jedoch führen die meist quantitativ-empirischen Studien und die Versuche, möglichst allgemein gültige Aussagen finden zu wollen, zu einem Reduktionismus und vielfach auch zu Kategorisierungen, welche den Einzelfällen mit ihrem jeweils subjektiven Erleben keine oder wenig Bedeutung zukommen lassen.

Dabei gehen jedoch individuelle Verstehens- und Sinnzusammenhänge auf Kosten von statistisch gesicherten Aussagen und Verallgemeinerungen verloren.

Im Gegensatz dazu ist das Anliegen dieser Arbeit, die Subjekte zu Wort kommen zu lassen und die jeweiligen individuellen Innen- und Erlebnisperspektiven anhand von narrativen biographischen Erzählungen zu betrachten.

Daran wird ersichtlich werden, wie die multiplen Ursachenfaktoren mit der jeweiligen Lebensgeschichte verwoben sind, welche davon tatsächlich auftreten, und welche Bedeutung sie im Einzelfall für den Entstehungsprozess der Alkoholabhängigkeit haben.

Im weiteren Verlauf soll einerseits gezeigt werden, dass auch die wissenschaftlichen medizinisch-psychologisch-sozialen Erkenntnisse über Folgeschäden bei chronischem Alkoholismus das subjektive Erleben der Betroffenen ausblenden. Andererseits tragen die folgenden Ausführungen zum Grundverständnis des Krankheitsbildes der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen bei, was für die spätere Auseinandersetzung mit den Definitionsversuchen unabdingbar ist.

8. Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholmissbrauch

In den folgenden Kapiteln soll ausführlich auf die psychischen, physischen und sozialen Folgeschäden des Alkoholismus eingegangen werden.

Die Beschreibung der vielfältigen Folgeschäden bildet auch die Grundlage für das Verständnis der Definitionsversuche von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen, die im Anschluss folgen.

8.1 Psychische Folgestörungen

Schneider hat in der Suchtfibel einige Merkmale zusammengefasst, die als psychische Veränderungen bei Alkoholikern in Erwägung zu ziehen sind:

- „Innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität
- Ein- und Durchschlafstörungen, unruhiger Schlaf, Schreckträume, nassgeschwitztes Erwachen
- Depressive Stimmungsschwankungen („Alkohol als Selbsttherapie“), Ängstlichkeit
- Minderwertigkeitsgefühle, eventuell durch großspuriges Auftreten überdeckt
- Merk- und Konzentrationsstörungen, Nachlassen von Gedächtnis und Auffassungsgabe, unerklärliche Erinnerungslücken, beginnende Interessenlosigkeit und Neigung zur Isolation
- Rührseligkeit, Überempfindlichkeit, rasche Kränkbarkeit, Misstrauen gegenüber den Absichten anderer („nicht mein Trinken, sondern die Einflüsterungen ihrer Familie trennen meine Frau von mir“)
- Willensschwäche, erhöhte Beeinflussbarkeit, überbereitwillig, aber dabei oberflächlich („sagt nicht nein, hält aber auch kein Versprechen“)
- Etwas distanzloser Humor, flaches, unbegründetes Glücksgefühl, kumpelhaft anbiederndes Verhalten
- Ausgeprägte Tendenz, Unannehmlichkeiten zu verdrängen, in Abrede zu stellen oder zu bagatellisieren, geschickte Art, von Problemen, Misserfolgen, schuldhaften Vergehen u. a. abzulenken oder auf eine falsche Fährte zu leiten (z.B. „Ich habe keine Probleme“)

- Dabei krampfhaftes Meiden von Themen, die um Alkohol kreisen, Entrüstung bei entsprechender Anspielung
- Zunehmende Isolierung und Einengung der Interessensphäre, Vereinsamung, gestörte Partnerbeziehungen
- Häufiger Wechsel von Arbeitsplatz, gelegentlich auch Wohnung, unbeobachtetes Beseitigen von Flaschenbatterien mit ausgeprägten Schuldgefühlen
- Erste leichte Zeichen mangelnder Hygiene und beginnender Verwahrlosung, die mit dem früheren Bild des Betroffenen nicht in Einklang zu bringen sind.“ (Schneider 2001, 132)

Die von Schneider beschriebenen Veränderungen sind teilweise schon Bestandteile einer organischen Wesensveränderung, wie sie im Kapitel über die hirnorganischen Folgeerkrankungen beschrieben werden.

Weitere psychische Folgen betreffen die Coping-Fähigkeiten zur Bewältigung psychosozialer Aufgaben. In einer Untersuchung zeigte sich, dass starke Trinker bei Problemlösungen und Stressbewältigung weniger häufig die Coping-Strategie ‚Katharsis‘ verwendeten, damit ist das Ausdrücken von Gefühlen gemeint. Auch nehmen sie weniger soziale Unterstützung, also Beanspruchung sozialer Beziehungen, zur Lösung von Problemen an als Vergleichsgruppen mit einem geringeren Alkoholkonsum. (vgl. Stone et al. 1985, 199 ff.)

In einer deutschen Studie zeigten Alkoholiker mehr problemvermeidende Coping-Strategien im Vergleich zu nichtalkoholabhängigen Kontrollprobanden. Das heißt, dass Alkoholiker es vermeiden, über Probleme realistisch nachzudenken, vielmehr billigen sie diese oder resignieren vor ihnen. Ferner begegnen sie emotionalem Druck mit negativen Gefühlsäußerungen. Im Gegensatz dazu versuchen ehemalige Alkoholiker und Nicht-Alkoholiker, ihre Problem zu analysieren und suchen nach Lösungen, auch mit Unterstützung aus der Umwelt. Jedoch im Vergleich zu einer Gruppe langjährig Abstinenter aus Selbsthilfegruppen zeigte sich eine noch geringere Problemvermeidung als in der nichtalkoholabhängigen Kontrollgruppe. (vgl. Scheller & Lemke 1994)

Des Weiteren wurden auch Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen untersucht. Als Ergebnis kam heraus, dass die Erwartung der Alkoholiker, in Handlungssituationen über eigene brauchbare Ressourcen zu verfügen, relativ gering ist. (vgl. ebd.)

Darüber hinaus wird Alkohol als fördernde Bedingung für aggressives Verhalten angesehen. Dabei gibt es verschieden weite Definitionen von Aggression. Offensichtlich kommt es nicht selten unter Alkoholeinfluss zu Gewalttätigkeiten und verbalen Aggressionen. Jedoch ist die Frage, ob bei der Beobachtung von interaktivem Verhalten in Paarbeziehungen Äußerungen der Nichtübereinstimmung bereits als aggressives Verhalten eingeordnet werden können. (vgl. Klein 1996, 86 ff.) Neben dem aggressiven Potential des Trinkers kommen auch situative Faktoren (z.B. Provokationen), kognitive Faktoren (z.B. Erwartungen bezüglich der Steigerung des Machtgefühls) sowie antisoziale und impulsive Tendenzen und soziokulturelle Einflüsse zum Tragen. (vgl. ebd.) Dabei können hirnorganisch bedingte Wesensänderungen wie zunehmend geringe Frustrationstoleranz, Auffassungsprobleme und moralisch-ethischer Verfall eine Rolle spielen. (vgl. ebd.)

Vor allem aber auch in partnerschaftlichen Beziehungen konnten Untersuchungen zeigen, dass es unter Alkoholeinfluss vermehrt zu negativen Reaktionen bis hin zum Streit und Gewalttätigkeiten kommt. (vgl. Leonard 1990, 220)

Eine weitere Folge ist die Beeinträchtigung des Sexualverhaltens. In einer deutschen Studie werden als längerfristige Auswirkung des Alkoholismus Libido- und Erektionsstörungen genannt. Eine organische Grundlage in Bezug auf den Plasmatestosteronspiegel konnte nicht festgestellt werden. (vgl. Fahrner 1984)

Auch Lindenmeyer weist darauf hin, dass Sexualstörungen meist keine körperliche Ursache haben. (vgl. Lindenmeyer 2001, 140)

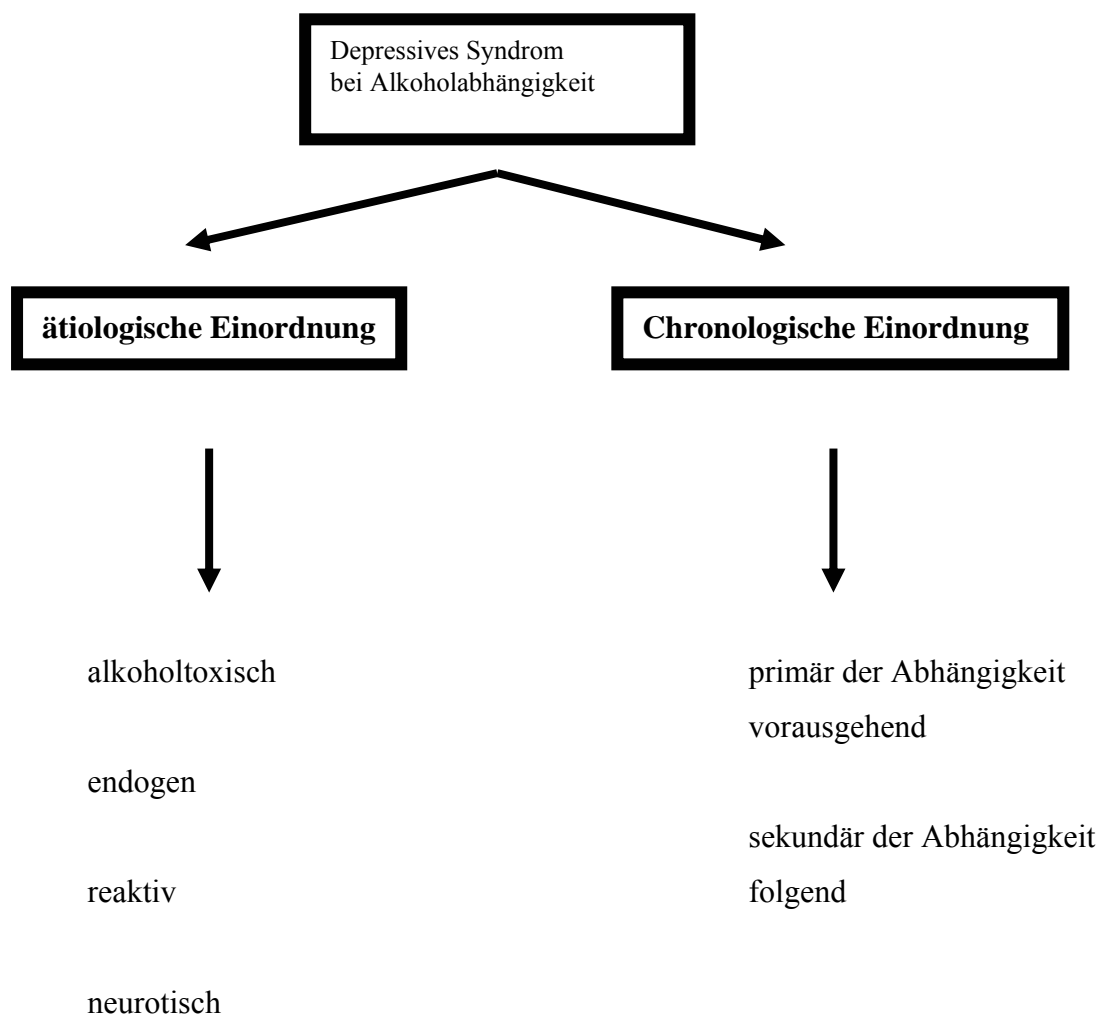
Neben den beschriebenen psychischen Folgen eines übermäßigen Alkoholkonsums können zusätzlich auch noch weitere psychiatrische Erkrankungen auftreten oder diese ursächlich bewirken.

8.2 Komorbidität von Alkoholismus

Zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und affektiven Störungen, Schizophrenie, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Suizidhandlungen gibt es Zusammenhänge. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit einigen psychischen Störungen, die ein erhöhtes Risiko für Alkoholismus aufweisen. (vgl. Soyka 1999)

Alkohol und affektive Erkrankungen

Vor allem Depressionen kommen häufig bei Alkoholabhängigen vor. Man kann depressive Syndrome bei Alkoholabhängigkeit entweder nach ihrem chronologischen Auftreten oder nach ihrer ätiologischen Zuordnung klassifizieren.



(vgl. Soyka et al. 1996)

Schuckit fasst wesentliche Aspekte der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Syndromen zusammen.

1. Danach kann Alkohol zumindest kurzfristig depressive Verstimmungen auslösen.
2. Depressive Syndrome können nach längeren Trinkexzessen auftreten.
3. Vermehrter Alkoholkonsum kann während einer primär affektiven Erkrankung exazerbieren (sich steigern). In manischen Phasen steigt bei bis zu zwei Dritteln der Patienten der Alkoholkonsum.
4. Depressive Syndrome und Suchterkrankungen können auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Schizophrenien, auftreten.
5. Manche Patienten leiden sowohl an einer affektiven als auch an einer Suchterkrankung. (vgl. Schuckit 1986)

Die Prävalanz depressiver Syndrome bei Alkoholabhängigen wurde in verschiedenen Studien unterschiedlich bewertet, die Angaben schwanken zwischen 2% und 85%. (vgl. Soyka et al. 1996)

Dabei geht aus den Untersuchungen hervor, dass für Patienten mit Major Depression das Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, gegenüber der Normalbevölkerung etwa 1,7-fach erhöht war, für Patienten mit Dysthymie war das Risiko 1,8-fach erhöht, bei Manie gab es ein 6,2-fach erhöhtes Risiko. (vgl. Soyka 1999, 476)

Als Ursachen werden genetische und neurobiologische Einflussfaktoren angenommen. Vor allem die serotonerge und dopaminerge Neurotransmission wird für die Genese einer Depression als auch einer Alkoholabhängigkeit angenommen. (vgl. Soyka 1999, 476 und Abschnitt über neurobiologische Ursachen) Aber auch durch hirnorganische Störungen kann eine Depression entstehen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 72)

Therapeutisch hat man interessanterweise festgestellt, dass die Gabe von trizyklischen Antidepressiva und Serotoninwiederaufnahmehemmern teilweise einen positiven Effekt auf die Abstinenzrate hat. (vgl. Soyka 1999, 476)

Alkoholismus und Schizophrenie

Viele Studien belegen, dass Schizophrenie mit einem erhöhten Risiko für Alkoholismus einhergeht. (vgl. Soyka 1999, 476) So konnte in einer Untersuchung an schizophrenen Patienten eine Lebenszeitprävalenz von 17,5% für Alkoholabhängigkeit festgestellt werden.

(vgl. Soyka 1994) Meist geht die Erkrankung dem Alkoholismus zeitlich voraus. (vgl. Soyka 1999, 476)

Zu den Ursachen zählen neben einer Beeinflussung durch psychotische Symptome und affektive Veränderungen das Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Subgruppe, der Wunsch, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten oder zu knüpfen, oder die Suche nach einer anderen Identität. Schizophrene Patienten selbst gaben als Ursachen für ihren Alkoholkonsum Langeweile, Ängste, Schlafstörungen und Kontaktschwierigkeiten an. (vgl. Test et al. 1989)

Therapeutisch steht bei Schizophrenen zunächst die Behandlung der Psychose im Vordergrund. (Soyka 1999, 477)

Alkohol und Angsterkrankungen

Alle Arten von Angststörungen sind mit den Lebenszeitdiagnosen von Alkoholismus oder anderen Substanzstörungen positiv assoziiert. (vgl. Maier et al. 1997 zit. n. Soyka 1999, 478) Besonders häufig kommt Alkoholismus bei Panikstörungen vor, seltener bei Phobien. (vgl. Regier et al. 1990)

Als Erklärungsmodell wird häufig die so genannte Selbstbehandlungshypothese herangezogen. Diskutiert werden auch genetische und neurobiologische Ursachen. (vgl. Soyka 1999, 478)

Powell et al. finden in einer Stichprobe 565 männlicher Alkoholabhängiger bei 10% eine phobische Störung, bei 13% Panikattacken und bei weiteren 12% eine Zwangsstörung. (vgl. Powell et al. 1982)

Insgesamt reichen die Prävalenzschätzungen von 1% bis 69%. (vgl. Jung 1996)

Alkohol und Zwangserkrankungen

Über Alkoholismus und Zwangsstörungen gibt es wenige Untersuchungen. In einer amerikanischen Studie zeigte sich eine hohe Komorbidität von Alkoholproblemen und Zwangssymptomen. 24,1% der Probanden mit der Diagnose einer Zwangsstörung wiesen anamnestisch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit auf. (vgl. Karno et al. 1988)

Jedoch widersprechen sich die Untersuchungen hinsichtlich der Frage, ob der Alkoholismus eine Folge der Zwangserkrankung ist, oder ob er schon vorher da war. (vgl. Soyka 1995, 131)

Persönlichkeitsstörungen

Auch die Diagnose ‚antisoziale Persönlichkeit‘ korrelierte übermäßig mit der Diagnose Alkoholismus. (vgl. Helzer & Prybeck 1988) Verheul et al. berichten in einer Übersichtsarbeit für Patienten in stationären Settings Prävalenzraten für antisoziale Persönlichkeitsstörungen zwischen 34% und 52%. (vgl. Verheul et al. 1995)

Auch die Borderline-Störung findet sich unter Alkoholabhängigen mit einer Prävalenzrate von 17% bis 28%. (vgl. Jung 1996)

Suizidhandlungen

Insgesamt ist die Rate an Suizidversuchen wesentlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 187) Aber auch bei alkoholisierten nicht Abhängigen spielt Alkohol eine große Rolle. (vgl. Soyka 1999, 478)

Die Häufigkeit von Suiziden und Suizidhandlungen wird in einer früheren Untersuchung von Murphy et al. mit 11% bis 15 % angegeben. (vgl. Murphy et al. 1992) Neuere Studien kamen aber auf andere Werte. So wurde in einer Metaanalyse das Lebenszeitrisiko für Suizide auf 2% ermittelt. (vgl. Murphy & Wetzel 1990) Das bedeutet aber immer noch ein 60- bis 120-fach höheres Risiko als bei psychisch Gesunden. (vgl. Soyka 1999, 478)

Als Risikofaktoren werden ein früher Beginn des Alkoholmissbrauches, hohe Trinkmengen, eine lange Trinkdauer und eine psychische Komorbidität genannt. Akut scheint vor allem der Verlust und die Trennung von Angehörigen sowie der Zeitraum kurz nach einer stationären Alkoholbehandlung eine besonders kritische Phase zu sein. (vgl. Duffy & Kreitman 1993)

Das Vorliegen einer zusätzlichen psychiatrischen Störung erhöht das Risiko. Dazu zählen depressive Syndrome, affektive Erkrankungen, antisoziale Verhaltensmuster, Impulsivität, Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, hirnorganische Psychosyndrome, Alkoholpsychosen, zusätzlicher Substanzmissbrauch, schwere körperliche Folgeschäden sowie soziale Folgeschäden (allein stehend, niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit). (vgl. Soyka 1995, 142)

Die nun ausführlich beschriebenen psychischen Folgeschäden des Alkoholismus haben natürlich einen Einfluss auf die sozialen Folgeschäden.

8.3 Soziale Folgeschäden

Eng in Zusammenhang mit den psychischen Folgeschäden des Alkoholismus stehen die sozialen Auswirkungen, die in diesem Abschnitt erläutert werden.

In einer Untersuchung von Köster et al. konnte gezeigt werden, dass 50% der jemals verheirateten Alkoholiker geschieden sind. Meistens sind die Ehescheidungen nur der Schlussstrich einer jahrelangen ehelichen Desintegration. So konnte gezeigt werden, dass 54% der alkoholkranken Patienten mit Partner eine Familienbeziehung haben, die über alltagsnotwendige Abläufe nicht hinausgeht. Dabei werden Freizeitkontakte reduziert, und das sexuelle Verhalten ändert sich. Es kommt zur Ablehnung durch den Partner, die Intensität sexueller Kontakte, die sexuelle Harmonie und die sexuelle Befriedigung nehmen ab. (vgl. Köster et al. 1978)

Die Familiendynamiken, die schließlich zu einer Ehescheidung führen können, werden im Kapitel über systemische Ursachen genauer betrachtet.

Viele Alkoholiker wachsen in Familien auf, in denen Alkohol bereits ein Problem auf Seiten der Eltern ist. Deswegen werden an dieser Stelle die Auswirkungen des Alkoholismus eines der beiden Elternteile auf Kinder betrachtet. Arenz-Greiving nennt Belastungen, denen Kinder aus Alkoholikerfamilien ausgesetzt sind:

- Sie müssen Streit und extreme Stimmungswechsel aushalten.
- Sie sind Objekte von Verwöhnung und Aggression.
- Sie sind in der Auseinandersetzung zwischen den Eltern gezwungen, Partei zu ergreifen.
- Sie erleben keine Verlässlichkeit.
- Sie erfahren sexuelle Belästigung und Misshandlungen.
- Sie erleben extreme körperliche Zustände bei dem alkoholabhängigen Elternteil. (vgl. Arenz - Greiving 1993, 265 ff.)

Die Folge ist oftmals die Entwicklung von typischen *Rollen* als Coping-Strategien.

- Rolle des Helden: Häufig schlüpft der oder die Älteste in der Geschwisterreihe in diese Rolle. Deren positive Seite besteht in folgenden Merkmalen: Kinder in dieser

Rolle sind häufig Anführer oder Meinungsführer, sie sind fürsorglich, können gut organisieren, sind tüchtig und zuverlässig. Die negative Seite der Heldenrolle zeigt sich in folgenden Verhaltensweisen: Der Held kann sich wenig entspannen, es kommt zu stressbedingten gesundheitlichen Schäden. Er reagiert leicht mit Panikreaktionen, wenn er nicht alles in einer Situation unter Kontrolle hat. Er entwickelt auch Schuldgefühle, wenn nicht alles in Ordnung ist und nach Plan läuft. (vgl. Wegscheider 1988, 112 – 123)

- Rolle des schwarzen Schafes: In dieser Rolle findet sich oft das zweite Kind in der Familie. Es erlangt Aufmerksamkeit vor allem durch negatives, unerwünschtes Verhalten. Im Vergleich zum Helden wird es als Versager eingeordnet. Es ist der Rebell in der Familie. Unter Umständen wird es auch gewalttätig, reagiert mit Ausbruchsversuchen, oder es entwickelt sich ein Drogenkonsum. (vgl. ebd. 124 – 135)
- Rolle des stillen Kindes: Das Kind verhält sich in der Familie wenig auffällig und wirkt eher apathisch. Es zieht sich von den anderen zurück und gilt als einzelgängerisch. Das Grundgefühl des Kindes ist Einsamkeit. (vgl. 136 – 146)
- Rolle des Clowns: In diese Rolle schlüpft im Allgemeinen das jüngste Kind. Es fühlt sich darin oft alleine und hilflos. Durch Spaß und Stimmung sorgt es für Ablenkung in der Familie. Vor harten Auseinandersetzungen wird es in Schutz genommen und entwickelt deshalb das Gefühl der Bedeutungslosigkeit, weil es sich nicht ernst genommen fühlt. (vgl. ebd. 147 – 160)
- Die Rolle des Zuhelfers entspricht dem im Kapitel über Ursachen besprochenen Co-Abhängigkeitstyp. (siehe Kapitel über systemische Ursachen)

In Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Kinder aus Alkoholikerfamilien im Durchschnitt schlechtere Leistungen im kognitiven Bereich, bei motorischer Koordination und bei Wahrnehmungstests zeigten. (vgl. Wilson & Nagoshi 1978) Insgesamt treten verschiedenste Störungen und Auffälligkeiten bei diesen Kindern häufiger auf, was nicht zuletzt zu einer Suchtproblematik führen kann. (siehe Kapitel über die Primärfamilie)

Weitere soziale Folgeschäden sind Straftaten unter unmittelbarem Alkoholeinfluss, wie z.B. provozierte Erregungs- und Enthemmungsdelikte wie Körperverletzung und Widerstand, Beleidigung, Sachbeschädigung und Sexualdelikte. Bei chronischem Alkoholismus kommt es

auch oft zu Diebstählen oder im engeren Sinn zur Beschaffungskriminalität. (vgl. Feuerlein et al. 1998)

Auch kommt es vermehrt zu Verkehrsunfällen. Im Jahre 2005 zählte man 22.004 Alkoholunfälle mit 603 Toten. (vgl. Merfert-Diete 2007, 10)

Im Bereich der Arbeitswelt kommt es zu vermehrten Fehlzeiten, die im Jahr einer stationären Behandlung zwischen 64 und 116 Tagen betragen. Alkoholabhängige sind etwa 2,5 mal häufiger krank als andere Mitarbeiter. Bei etwa 15% der Kündigungen spielt Alkohol eine Rolle. (vgl. Wünschmann 1990, 19)

Oftmals führen Ehescheidungen, Straftaten und Arbeitsplatzverlust zur sozialen Desintegrität, was die körperlichen Folgeschäden, die im nächsten Kapitel erläutert werden, zusätzlich verstärkt.

8.4 Körperliche Folgeschäden

Alkohol wirkt sich auf fast alle Organe des menschlichen Körpers aus. Um verstehen zu können, wie sich vor allem eine langjährige Alkoholabhängigkeit auswirkt, ist es notwendig, ausführlich auf die vielfältigen Folgeerscheinungen einzugehen. Zunächst geht es um die unmittelbaren körperlichen Auswirkungen, danach werden die Langzeitauswirkungen auf einzelne Organsysteme beschrieben, und schließlich werden im letzten großen Abschnitt kognitive und hirnorganische Veränderungen genau beschrieben.

8.4.1 Alkoholentzugssyndrom

Als ‚Alkoholentzugssyndrom‘ werden Symptome bezeichnet, die bei vollständiger Unterbrechung oder relativer Verminderung der Alkoholzufuhr bzw. der Blutalkoholkonzentration auftreten. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 131) Soyka fasst wichtige Symptome zusammen:

Internistische Symptome:

- Magen-Darm-Störungen (Appetitstörungen, Brechreiz, Erbrechen, Magenbeschwerden, Durchfälle)
- Herz- und Kreislaufstörungen
- Tachykardie
- Ödeme (Wassereinlagerungen)

Vegetative Störungen:

- Mundtrockenheit
- Vermehrte Schweißneigung
- Juckreiz
- Schlafstörungen

neurologische Symptome:

- Tremor (Hände, Zunge, Augenlider)
- Artikulationsstörungen
- Ataxie
- Parästhesien (subjektive Missempfindung, z.B. Kribbeln, Sensibilitätsstörungen)
- epileptische Anfälle vom Grand-mal-Typ
- Nystagmus (Augenzittern)
- Muskel- und Kopfschmerzen

Psychische Störungen:

- Angst
- vermehrte Reizbarkeit
- Depressionen
- Gedächtnisstörungen
- Halluzinationen
- gelegentliche Bewusstseinsstörungen
- motorische und innere Unruhe. (vgl. Feuerlein et al. 1972)

„Die häufigsten Symptome sind in der Regel der alkoholische Tremor, der sich vor allem an den Händen, Zunge und Augenlidern nachweisen lässt, gastrointestinale Syndrome sowie Herz-Kreislauf-Störungen.“ (Soyka 1999, 481)

Die Entzugssymptomatik beginnt bei Alkoholikern wenige Stunden nach der letzten Alkoholeinnahme, bei schweren Trinkern schon bei relativ niedriger BAK und dauert unbehandelt meist wenige Tage, längstens eine Woche. (vgl. ebd.) Ein allgemeines Unwohlsein oder unspezifische Symptome können auch 10 bis 14 Tage andauern. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 134) Allerdings kann es auch zu Spätsymptomen nach wochenlanger Beschwerdelosigkeit ohne erneuten Alkoholkonsum kommen. (siehe protrahiertes Alkoholentzugssyndrom/nächster Abschnitt)

Wichtige Komplikationen können gastrointestinale Blutungen, Kreislaufstörungen mit Tachykardie und Blutdrucksteigerungen, Herzrhythmusstörungen, Hypoglykämien (Unterzucker), oder selten eine Rhabdomyolyse sein. (vgl. ebd.)

Die Pathogenese wird vor allem neurobiologisch erklärt. Hier kommt es zu einer verminderten Aktivität inhibitorischer Neurotransmitter, in erster Linie von GABA, sowie zu einer vermehrten Funktion exzitatorischer Neurotransmitter wie Dopamin, Glutamat, Noradrenalin sowie Cortisol. (vgl. ebd./Abschnitt über neurobiologische Ursachen)

Das sympathische Nervensystem wird vermehrt aktiviert, was zu den oben beschriebenen Symptomen führt. Die Veränderungen im Glutamat- und Dopaminsystem werden in Verbindung mit den Halluzinationen gebracht. (vgl. ebd.) Die Ursache der epileptischen Anfälle sind auf die vermehrte exzitatorische Wirkung des Glutamatsystems und die verminderte Aktivität des GABA-Systems zurückzuführen.

Auf hormoneller Ebene kommt es zu einer vermehrten Aktivität der Nebenniere mit einer erhöhten Ausschüttung von Catecholaminen, insbesondere Noradrenalin. (vgl. ebd.)

Auch der Wasser- und Elektrolythaushalt wird beeinträchtigt. So kommt es zur Verminderung von Magnesium im Serum und Liquor (Gehirnflüssigkeit), was indirekt die Neurotransmitter beeinflusst. (vgl. ebd.) Auch die Kalium- und Kalziumkonzentrationen sind erniedrigt. (vgl. Meyer & Urban 1976)

Ein attraktives Modell für das Verständnis der Entstehung der Alkoholentzugssymptomatik ist die Kindling-Hypothese. Dabei wurde in neurophysiologischen Untersuchungen festgestellt, dass durch wiederholte Anwendung schwacher elektrischer Reize in unterschiedlichen Arealen des Hirns, die für sich alleine noch keine Reizantwort oder Verhaltenskorrelate bewirkten, sich vor allem im Bereich des limbischen Systems die Schwelle für Nachentladungen zunehmend erniedrigte, sodass schließlich schon geringe Reize bei fortgesetzter Stimulation zu motorischen Automatismen und später auch epileptischen Anfällen führen. Somit wird ein Gewöhnungseffekt dadurch beschrieben. (vgl. Ballenger & Post 1978)

Allgemein lässt sich sagen, dass das Alkoholentzugssyndrom um so schwerer verläuft, je länger die Alkoholabhängigkeit besteht. (vgl. Feuerlein et. al 1998, 137)

Protrahiertes Alkoholentzugssyndrom

Dieser Symptomkomplex wird noch relativ schlecht verstanden. (vgl. Soyka 1999, 482) Es wurden bei Alkoholikern Monate bis zu mehreren Jahren nach einem Entzug persistierende psychovegetative Störungen wie Angst, Dysphorie (Störung der Affektivität mit bedrückter,

gereizter Stimmung), aber auch Appetitmangel, Schlafstörungen und Schweißausbrüche beobachtet. (vgl. Scholz 1980)

Dabei ist die Abgrenzung zu depressiven Verstimmungen, zum Alkoholverlangen („Craving“) sowie zu Persönlichkeitsvariablen, Umwelteinflüssen und hirnorganischen Störungen schwierig. (vgl. Soyka 1999, 482)

8.4.2 Psychiatrische Störungen

Delirium tremens

Delire kommen nicht nur bei Alkoholismus vor, stellen aber dort eine häufige Komplikation dar. (vgl. Soyka 1999, 482) Dabei wird das Delirium tremens als Teil und höchste Stufe des Alkoholentzugssyndroms verstanden. (vgl. Wetterling 1994)

Das Delirium tremens stellt eine akute exogene Psychose dar. (vgl. Soyka 1995, 204)

6% bis 15% der Alkoholiker entwickeln diese Erkrankung. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 179)

Alkoholiker, die Schnaps trinken, sind öfters betroffen im Vergleich zu Wein- und Biertrinkenden. Das Delir tritt nur nach jahrelangem schwerem Alkoholmissbrauch auf. Das Delir entwickelt sich in der Regel 3 bis 4 Tage nach Abstinenzbeginn, manchmal auch später. (vgl. Soyka 1999, 482) Es wird meist von epileptischen Anfällen eingeleitet, dabei handelt es sich praktisch ausschließlich um Grand-mal-Anfälle.

Die Symptome sind Desorientiertheit in örtlicher, zeitlicher und situativer Hinsicht, während die personelle Orientiertheit meist erhalten bleibt. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 179) Des Weiteren findet man Auffassungsstörungen, illusionäre Verkennung und teils sehr lebhaft Halluzinationen der verschiedenen Sinnesgebiete (optisch, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch, taktil). (vgl. ebd.) Auch Wahrnehmungsstörungen und eine verminderte Kritikfähigkeit können eintreten. Dies führt dann oft zu einer gesteigerteren Suggestibilität und Konfabulationen. (vgl. ebd.) Die Stimmung wechselt zwischen Angst, Reizbarkeit und einer Art Euphorie bis hin zum ‚Galgenhumor‘. (vgl. ebd.) Meist herrschen psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, vermehrte Schweißbildung, Tachykardien, Fieber und ein grobschlägiger Tremor. (vgl. ebd.)

Nach 4 bis 10 Tagen ist das Alkoholdelir beendet und mündet in einen tiefen, lang anhaltenden Schlaf. Es besteht dann eine teilweise oder völlige Amnesie bezüglich der psychotischen Phase. Nach dem Abklingen kann es zu Störungen im Sinne eines Wernicke-Korsakow-Syndroms kommen. (siehe Kapitel über hirnorganische Folgeschäden)

Die Letalität, vor allem bei Patienten über 55 Jahre, beträgt 15% bis 30%. (vgl. ebd.)

Wichtige Begleiterkrankungen sind ein reduzierter Allgemeinzustand, epileptische Anfälle, Kreislaufstörungen mit Hyper-, seltener Hypotensionen, gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Diarrhoe, Elektrolytentgleisungen, Pankreaserkrankungen, intestinale Blutungen,

kardiale Störungen, Myopathien und Rhabdomyolyse. (vgl. ebd.) (Die beschriebenen Begleiterkrankungen werden im Folgenden ausführlich erklärt)

Die Pathophysiologie des Delirium tremens ist nicht ganz geklärt. Im Wesentlichen werden dieselben neurobiologischen Mechanismen wie beim Alkoholentzugssyndrom angenommen, aber auch genetische Aspekte könnten eine Rolle spielen. (vgl. Soyka 1999, 482)

Alkoholhalluzinose

Die Alkoholhalluzinose ist eine relativ seltene Störung. Die Ursachen sind nicht geklärt, vermutlich spielen auch hier dopaminerge Überreaktionen eine Rolle. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 182) Symptomatisch zeigen sich lebhaft akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören und paranoiden Denkinhalten, teilweise mit Verfolgungsideen und Angst. (vgl. ebd.) Seltener sind optische und taktile Halluzinationen. Vegetative Beschwerden, formale Denkstörungen, Bewusstseins- und Orientierungsstörungen fehlen. Es kann zu Aggressionen und Suizidhandlungen kommen. Insgesamt sind die Symptome ähnlich wie bei der Schizophrenie. (vgl. ebd.)

Kurz nach Beginn der Abstinenz werden meist die Symptome entwickelt, in seltenen Fällen aber auch bei fortgesetztem Alkoholismus. (vgl. Soyka 1999, 483)

Alkoholischer Eifersuchtswahn

Dies ist eine seltene Störung, die in den modernen Klassifikationssystemen nicht mehr erscheint. (vgl. Soyka 1999, 483) Von dieser Erkrankung sind ausschließlich Männer betroffen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 184) Dabei ist der Übergang von nicht psychotischen Eifersuchtsideen, die bei Alkoholabhängigen häufig sind, zu einem echten Eifersuchtswahn oft fließend. (vgl. ebd.) Ein Eifersuchtswahn kann auch im Rahmen eines Alkoholdelirs oder einer Alkoholhalluzinose auftreten, typisch ist jedoch der monosymptomatische Verlauf. Dabei steht die wahnhafte Überzeugung im Vordergrund, vom Partner betrogen zu werden. Andere Wahnsymptome wie Verfolgungs- und Beziehungsideen können hinzutreten, Halluzinationen kommen nicht vor. (vgl. ebd.)

Als Ursachen kommen Potenzstörungen, hirnorganische Beeinträchtigungen, Persönlichkeitsstörungen, eine narzisstische, egozentrische Primärpersönlichkeit und Minderwertigkeit, begleitet von Angst, in Betracht. (vgl. Soyka 1999, 484)

Auf psychodynamischer Ebene werden projizierte Ängste und Minderwertigkeitsgefühle als bedeutsam angesehen. (vgl. ebd.)

Der Eifersuchtswahn hat eine schlechte Prognose, bei Abstinenz klingt der Wahn manchmal ab. (vgl. Feuerlein 1998, 184)

Alkoholparanoia

Diese Erkrankung ist nicht scharf von der Alkoholhalluzinose abzugrenzen. Bei den Wahnideen stehen Verfolgungs- und Beziehungsideen im Vordergrund. (vgl. Feuerlein 1998, 185)

8.4.3 Organstörungen

8.4.3.1 Leberstörungen

In der Leber wird der Alkohol, wie im Kapitel über den Alkoholstoffwechsel beschrieben wurde, metabolisiert. Demzufolge treten dort auch die entsprechenden Folgeerkrankungen auf.

Anatomisch ist der Feinbau der Leber zum Verständnis der Krankheiten bedeutsam. Die Leber besteht aus vielen bienenwabenähnlichen Leberläppchen, in denen die Leberzellen (Hepatozyten) und die Kupfer-Sternzellen angeordnet sind. Letztere gehören dem Monozyten-Makrophagen-System an. Sie sind für die Phagozytose (das ‚Auffressen‘) von Bakterien, Fremdstoffen und Zelltrümmern verantwortlich. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 349) Eine besondere Bedeutung hat die Pfortader, die das venöse Blut der Bauchorgane direkt zur Leber führt. (vgl. ebd.)

Der Abbauvorgang des Ethanol führt zu Veränderungen des Kohlenhydrat-, Protein-, Lipoprotein- und Fettsäurestoffwechsels in der Leber und zur Beeinflussung weiterer Stoffwechselbereiche. (vgl. ebd.)

Eine wesentliche Rolle für die Leberschädigungen spielt das Stoffwechselprodukt Acetaldehyd. Obwohl Acetaldehyd in der Leber weiter zu Azetat abgebaut wird, verbleiben Anteile davon in der Leber und verursachen hepatozelluläre Schäden. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 255) Zu den Auswirkungen des Acetaldehyds gehört auch die quantitative Vermehrung des Bindegewebes (Fibrogenese) der Leber. (vgl. ebd.)

Chronischer Alkoholismus führt auch zu einer Hemmung der Phagozytosefunktion der Kupferzellen und zu einer erhöhten Granulozyteninfiltration auf Grund von Entzündungsreaktionen. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 242/Kapitel über Blut) Weitere Ursachen für Lebererkrankungen sind die Endotoxine (Bakteriengifte), die auf Grund einer Schädigung der Darmmukosa (Schleimhaut) durch Alkohol vermehrt über das Blut in die Leber gelangen. (vgl. ebd.)

Verstärkt werden die Schäden durch eine Mangelernährung. (siehe Ernährungskapitel)

Im Folgenden werden die wichtigsten Lebererkrankungen dargestellt.

Alkoholfettleber

Die Alkoholfettleber ist die häufigste Folgekrankheit bei chronischem Alkoholismus. (vgl. Ashley et. al. 1997) Bei 70% bis 100% der Patienten mit exzessivem Alkoholismus ist diese Symptomatik zu finden. (Ishak et. al., 1991)

Klinisch zeigen sich geringe subjektive Beschwerden. „Im Vordergrund stehen leichte gastrointestinale Störungen, gelegentlich Druckgefühl im Oberbauch.“ (Feuerlein 1998, 141)

Die Leber ist immer vergrößert. Dies lässt sich sonographisch nachweisen. Histologisch finden sich mit Fetttropfen ausgefüllte Leberzellen, wodurch die Zellkerne an den Rand gedrängt werden. (vgl. ebd.)

Bei Abstinenz ist die Prognose der Alkoholfettleber günstig. (vgl. ebd.)

Alkoholhepatitis

In Abgrenzung zu infektiösen Hepatitiden kann man unterschiedlich starke Ausprägungen der Alkoholhepatitis beschreiben. Feuerlein teilt ein in eine *akute*, eine *chronisch persistierende* und eine *chronisch aggressive* Hepatitis. (vgl. Feuerlein 1998, 141) Es kann sich um asymptomatische Formen bis hin zu schwersten Erkrankungen mit zunehmendem Leberversagen und ausgeprägten histologischen Veränderungen mit bereits nachweisbarem zirrhotischen Umbau handeln. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 255) Bei der Alkoholhepatitis kommt es zu entzündlichen Veränderungen und degenerativen Hepatozyten. (Leberzellen). (vgl. ebd.)

Klinisch findet man Fieber, Leukozytose (erhöhte Leukozytenzahl), Endotoxinämie (Dauerbelastung mit Bakterienteilchen), abdominelle (Abdomen=Bauch) Symptome, wie z.B. Druckgefühl, Übelkeit und Schmerzen, Ikterus (Gelbsucht), Aszites (Wassereinlagerung im Bauch) bis hin zur seltenen Enzephalopathie (Schädigung des Gehirns). (vgl. Bode 2000, 275) Für die Endotoxinämie wird eine ungenügende Phagozytose bakterieller Toxine und eine durch übermäßigen Alkoholkonsum geschädigte Darmmukosa (Darmschleimhaut) verantwortlich gemacht. (vgl. ebd., 283) Häufig sind auch Hautveränderungen wie Gefäßspinnen, Palmarerythem (Rötung der Handinnenfläche) und Zeichen der Feminisierung. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 253) Der klinische Schweregrad der Erkrankung wird im Durchschnitt von dem Ausmaß irreversibler Leberveränderungen wie Fibrose (Vermehrung des Bindegewebes) oder Zirrhose beeinflusst. (vgl. ebd.)

Alkoholzirrhose

Die Alkoholzirrhose ist die häufigste Todesursache bei Alkoholkonsum. Etwa 10% bis 20% aller Alkoholiker leiden an ihr. (vgl. Feuerlein 1998, 146) Man kann zwischen einer kompensierten, inaktiven und einer dekompenzierten Leberzirrhose unterscheiden.

„Bei der Leberzirrhose sind die Läppchen- und Gefäßstrukturen unwiderruflich zerstört, und das zugrundegegangene Lebergewebe ist durch bindegewebige Narben und Regeneratknoten ersetzt.“ (Menche & Schäffler 1999)

Bei der kompensierten Form stehen im Vordergrund: Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Depressivität, Verdauungsbeschwerden und Meteorismus (Blähungen). Die Haut ist pergamentartig verdünnt, es finden sich Gefäßerweiterungen mit Gefäßsternchen (Spider Naevi) und Weißfleckungen, auch an den Fingernägeln, es kann auch zu Palmar- und Plantar(Fuß)erythem sowie zu einer Rötung der Zunge (Lackzunge) kommen. Körper und Schambehaarung sind vermindert. (vgl. Feuerlein 1998, 146)

Bei Männern kann es zu einer Gynäkomastie (Vergrößerung der männlichen Brust) und einer Hodenatrophie sowie zu einer Verminderung von Potenz und Libido kommen. (vgl. ebd.)

Bei einer dekompenzierten Leberzirrhose, also bei einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium, finden sich als Symptome Schwächegefühl, Anorexie (Abmagerung) und Ikterus (vgl. Bode 2000, 286), starke gastrointestinale (Magen-Darmtrakt) Beschwerden, Meteorismus, Erbrechen, Durchfälle. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 147) Bei einer Leberinsuffizienz (Leberschwäche) und einem Pfortaderhochdruck (Blutzufluss aus den Bauchorganen hin zur Leber ist druckmäßig erhöht) kommt es zu Aszites, Splenomegalie (Milzschwellung) hepatischer Enzephalopathie, Ösophagus- (Speisröhre) oder Magenvarizen (Krampfadern) und Blutungsneigung infolge von Gerinnungsstörungen und Thrombopenie (erniedrigte Blutplättchenzahl). (vgl. Bode 2000, 286) Es kann auch zu Hämorrhoiden, einer Caput medusa (Venenerweiterung in der Bauchdecke), Teleangiectasien (Erweiterung kleiner Hautgefäße) und anderen Leberhautzeichen (Weißnägel, Lacklippen, Hautblutungen, Dupuytren-Kontraktur einer Beugekontraktur der Finger, Weißfleckung der Haut) kommen. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 147)

Auch kommt es in diesem Stadium zum ‚Foetor hepaticus‘, einem sehr unangenehmen Mundgeruch nach frischer Leber oder Lehmerde. (vgl. Pschyrembel 1994)

Zu den schweren Komplikationen zählen Blutungen aus den Ösophagusvarizen (vgl. ebd.), ein hepatorenales Syndrom und eine spontan-bakterielle Peritonitis (Bauchfellentzündung). (vgl. Schäfer & Bode 1999, 253)

Hepatische Enzephalopathie

Akut kann das Krankheitsbild einem Alkohodelir (Entzugssyndrom) ähneln. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 148)

Klinische Symptome sind Bewusstseinstörungen, psychomotorische Unruhe bis hin zum Koma. Charakteristisch sind weiterhin der ‚Flapping-Tremor‘ der ausgestreckten Hände, unwillkürliche Muskelkontraktionen, Primitivreflexe, Hyperreflexie und Pyramidenbahnenzeichen (Nervenbahnen, die für die Bewegungskoordination zuständig sind). (vgl. ebd.)

Als Folge eines Komas oder schleichend entwickelt sich die chronische Leberzirrhose mit verschiedenen neurologischen Symptomen wie Tremor, Ataxie (Gang- und Standunsicherheit), Dysarthrien (Sprechstörungen), choreoathetotische (unkontrollierte) Bewegungen und Primitivreflexe (übertriebene, affektiv einfache, entwicklungsgeschichtlich frühe Reaktionen wie z.B. Wutanfälle). (vgl. ebd.) Zu den psychischen Symptomen zählen ein dementielles Syndrom, Störungen von Antrieb, Konzentration und Merkfähigkeit.(vgl. ebd.)

Zieve Syndrom

Das Zieve Syndrom wird durch eine Trias aus Ikterus (Gelbsucht), hämolytischer Anämie (Blutarmut durch beschleunigten Erythrozytenabbau) und Hyperlipidämie (erhöhte Blutfette) beschrieben. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 256) Es handelt sich um ein eher seltenes Syndrom, das bei Patienten mit allen Stadien alkoholinduzierter Lebererkrankungen beobachtet wird. (vgl. ebd.)

Hepatozelluläres Karzinom

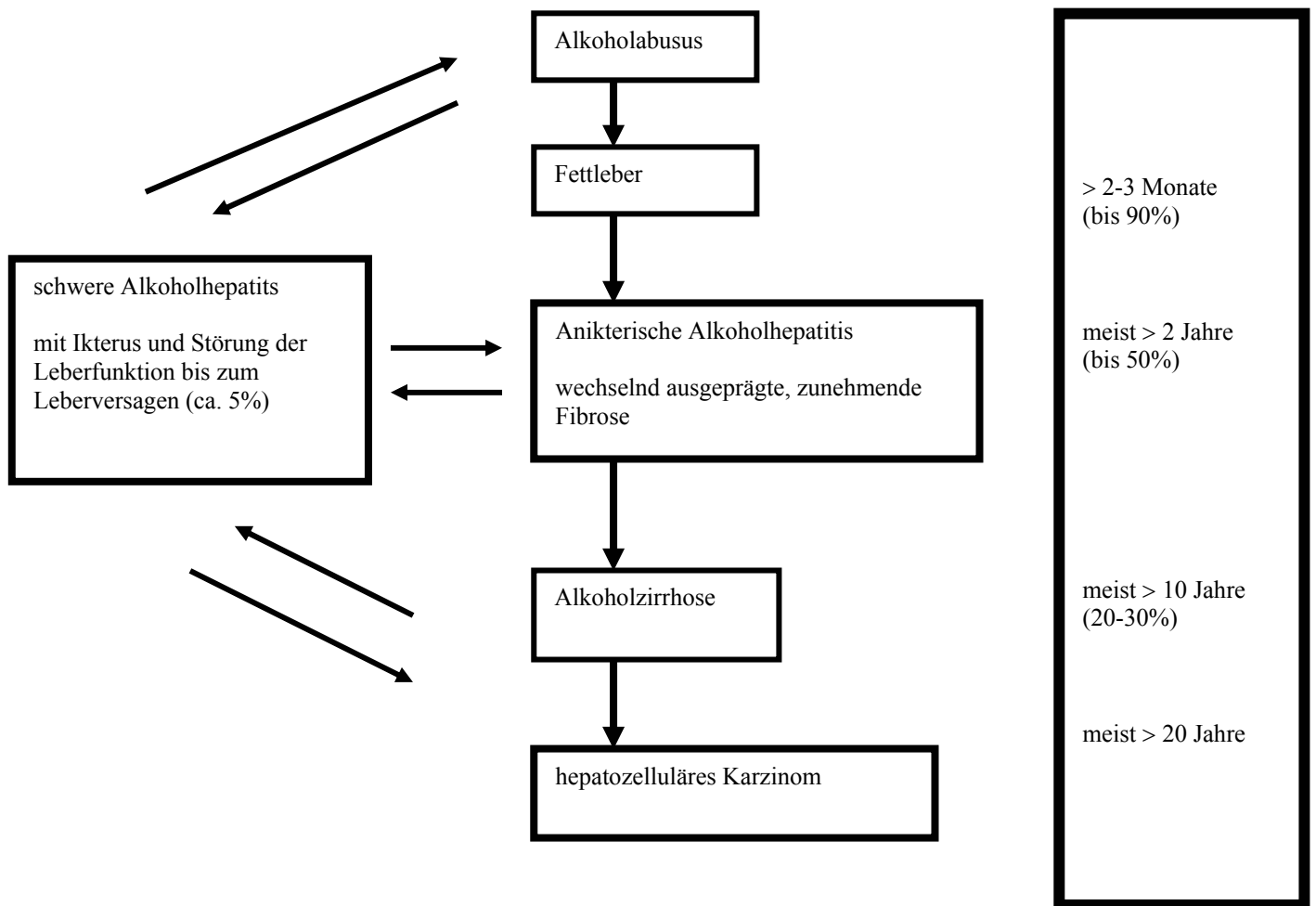
Etwa 5% bis 15% der Patienten mit chronischer Leberschädigung erkranken an einem Leberzellkarzinom. (Ishak et. al. 1991) Die Symptomatik ist häufig sehr unspezifisch mit allgemeiner Gewichtsabnahme, abdominellen Beschwerden, manchmal auch mit Schmerzen und Ikterus verbunden. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 151)

Lebertransplantation

Die Frage, ob bei schweren alkoholbedingten Leberschäden eine Lebertransplantation sinnvoll ist, wird kontrovers diskutiert. Problematisch ist auf der einen Seite ein Mangel an Spenderorganen, und auf der anderen Seite ein hohes Rückfallrisiko. (vgl. Feuerlein et. al. 1998) Präoperativ sollte eine mindestens 6-monatige Abstinenz bestehen. (vgl. Kumar et. al. 1990)

Stellenwert viraler Infektionen

Bei chronischem Alkoholabusus sind häufig virale Koinfektionen und eine erhöhte Prävalenz der Hepatitis A-, B- und C-Infektionen nachweisbar. (vgl. Schäfer & Bode 1999, 249) Dadurch wird der Verlauf der alkoholbedingten Lebererkrankungen progressiv beeinflusst. (vgl. ebd.) Besonders häufig kommt die HCV-Koinfektion vor. (vgl. ebd.)



(vgl. Schäfer und Bode 1999, 250)

Die Prozentzahlen geben die angenäherte Häufigkeit wieder, mit der die genannten Krankheitsstadien bei Patienten mit chronischem Alkoholabusus gesehen werden. (vgl. Schäfer und Bode 1999, 250)

Ein wichtiger Laborparameter, der bei allen Formen der Lebererkrankung erhöht ist, ist die Gammaglutamyltransferase (Gamma-GT). (vgl. ebd. 259)

8.4.3.2 Pankreasstörungen

Man unterscheidet zwischen einer akuten (reversiblen) Pankreatitis und einer chronisch (progressiven) Pankreatitis. (Feuerlein et. al. 1998, 152)

In den westlichen Ländern werden 70% bis 80% aller Pankreatitisfälle durch Alkohol verursacht. Bei schweren Trinkern kommt es in ca. 5% der Fälle zur Entwicklung einer Pankreatitis. Obwohl akute Episoden der Pankreatitis durch exzessiven Alkoholgenuss ausgelöst werden können, ist die alkoholinduzierte Pankreatitis meist eine chronische Erkrankung. (Lerch M. M.& Adler G. 2000, 299)

Die Symptome sind schubweise abdominelle Schmerzen, Malabsorption, Mangelernährung und bei chronischem Verlauf Diabetes mellitus. Eine Komplikation der chronischen Pankreatitis ist eine endokrine und exokrine Pankreasinsuffizienz auf Grund von Parenchym(Funktionsgewebe-)zerstörung . (vgl. Suresh et al. 1999, 217) Symptomatisch äußert sich dies in Steatorrhöe (Stuhlfettausscheidung). (vgl. ebd.)

Dazu muss man wissen, dass der Pankreas Verdauungssäfte absondert, die zahlreiche Enzyme enthalten, um Eiweiße, Kohlenhydrate und Fette zu spalten. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 338) Wichtige eiweißspaltende Enzyme sind Trypsin und Chymotrypsin, die Alpha-Amylase spaltet Kohlenhydrate, und die Fettverdauung wird durch die Lipase unterstützt. (vgl. ebd.)

Bei der akuten Pankreatitis werden Verdauungsenzyme bereits innerhalb des Organs freigesetzt, was zu einer Selbstverdauung führen kann. Deswegen kann die akute Pankreatitis tödlich sein. (vgl. ebd., 347)

Zur Therapie gehört vor allem auch die Gabe von Schmerzmitteln, weswegen Patienten mit alkoholischer Pankreatitis oft ihre Arbeitsstelle verlieren und schmerzmittelabhängig werden. (Lerch M. M.& Adler G. 2000, 299) Ferner sollte natürlich Diät gehalten werden, die Enzyme müssen substituiert werden. (vgl. Suresh et. al. 1999, 219)

Morphologisch finden sich Veränderungen und Störungen der Läppchenstruktur, ferner Eiweißniederschläge im Gangsystem, die häufig verkalken, sowie Bindegewebsvermehrung. Die Folge dieser Obstruktionen können eine Atrophie und Entzündungen sein. (vgl. Feuerlein 1998, 153)

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Pankreaskarzinomen ist eher unwahrscheinlich. Dies belegen 50 epidemiologische Studien, bei denen nur eine Minderheit

eine Assoziation zwischen Alkohol und Pankreaskarzinom gezeigt hat. (vgl. Suresh et. al. 1999, 222)

8.4.3.3 Gastrointestinale Störungen

Im Gastrointestinaltrakt bewirkt Alkoholismus Schädigungen der Mukosa (Magenschleimhaut), Motilitätsstörungen, zum Teil auch Sekretions-, Blutfluss- und Stoffwechselstörungen. (vgl. Feuerlein 1998, 154) Motilität meint Bewegungsstörungen, die reflektorisch oder vegetativ reguliert werden, z.B. die Peristaltik (vgl. Pschyrembel 1994).

Der Alkohol wirkt somit zum Teil direkt toxisch und verursacht zum Teil indirekt Folgeschäden.

Der obere Verdauungstrakt:

Alkohol verändert die Mund- und Pharynxflora, sodass Keime schwere entzündliche Veränderungen der Schleimhaut bewirken. (vgl. Hörmann et. al. 1999, 149) So kommt es vor allem durch hochprozentige alkoholische Getränke in Verbindung mit Vitaminmangel und dystrophischen (ernährungsbedingten) Schäden zu Stomatitis (Entzündung der Mundschleimhaut), Gingivitis (Entzündung des Zahnfleisches), Karies und Parotis (Ohrspeicheldrüsen)schwellung. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 154) Maier et al. konnten in einer Studie nachweisen, dass ein hoher Alkohol- und Tabakkonsum mit einem extrem nachlässigen Zahnputzverhalten und einer geringen Frequenz prophylaktischer Zahnarztbesuche korreliert. (vgl. Meier et. al. 1994) Dies deckt sich auch mit den Beobachtungen und Erfahrungen im Therapiealltag. Nach den langen Trinkphasen ist der Zustand der Zähne und des Zahnfleisches bei Aufnahme in unserer Einrichtung meist katastrophal, und es muss eine Zahnsanierung durchgeführt werden. Viele Bewohner vermeiden bei Gesprächen, den Mund zu weit aufzumachen, um zum Beispiel zu Lachen, weil sie sich für ihre schlechten Zähne sehr schämen.

Des Weiteren ist die Speichelresektion vermehrt, das Speichelprotein ist proteinärmer als bei Gesunden, was möglicherweise zur Entstehung einer Ösophagitis beitragen kann. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 154) Die Schleimhautatrophie führt auch zu den so genannten Lacklippen und entsprechenden Veränderungen der Zunge, wobei die glatte, meist kräftig gerötete Zungenoberfläche auffällt. (vgl. ebd.)

Gastroösophagealer Reflux

Im Bereich der Speiseröhre kommt es zum gastroösophagealen Reflux, damit ist das spontane Zurückfließen des Mageninhaltes in den Ösophagus auf Grund einer inadäquaten Sphinkterrelaxation (Magenverschlussmuskel) gemeint. (vgl. Singer & Teyssen 1999, 158) Alkohol hemmt die primäre Peristaltik des Ösophagus und senkt beim gesunden Menschen

den Tonus des unteren Ösophagusphinkter. (vgl. ebd.) Klinisch zeigt sich Sodbrennen, saures Aufstoßen und Schmerzen im Speiseröhrenbereich. (vgl. ebd. 159)

Refluxösophagits

Eine weitere Folgeerkrankung ist die Refluxösophagitis, die sich durch einen mehr schubweisen Verlauf mit zum Teil längeren, symptomfreien Intervallen von der gastroösophagealen Refluxkrankheit unterscheidet. (vgl. ebd.) Dabei sind an der Ösophagusschleimhaut entzündliche Veränderungen sichtbar, da Alkohol diese ab einer Ethanolkonzentration von mehr als 20% akut schädigt. (vgl. ebd.; 160) Die Symptomatik ist ähnlich wie bei der gastroösophagealen Refluxkrankheit.

Barett-Syndrom

Eine Folge des chronischen gastroösophagealen Refluxes ist das Barett-Syndrom. Durch Umwandlung des Epithels im distalen Ösophagus (vgl. ebd.) kann es zu Ulzerationen, peptischen Stenosen, Hämorrhgien und zur Entwicklung von Karzinomen kommen. (vgl. Savary et. al. 1981)

Mallory-Weiss Syndrom

Eine weitere Folgeerkrankung einer Refluxösophagitis ist das Mallory-Weiss-Syndrom. Dabei handelt es sich um eine akute gastrointestinale Blutung, die auf auftretenden Schleimhauteinrissen im Ösophagus oder in Bereichen des Magens beruht. (vgl. Singer & Teyssen 1999, 163)

Die Patienten beschreiben oft nach einem akuten Alkoholabusus Übelkeit, heftiges Würgen und Erbrechen zunächst nur von Speise- und Getränkeresten. Zeitlich verzögert am Ende des Erbrechens berichten die Patienten über teilweise massive Blutbeimengungen und epigastrische bzw. retrosternale Schmerzen. (vgl. ebd.)

Boerhave-Syndrom

Das Boerhave-Syndrom ist eine spontane Ruptur der Ösophaguswand. (vgl. ebd.)

Häufig tritt die Ruptur bei Erbrechen auf, oft nach voluminösen Mahlzeiten mit und ohne Alkoholkonsum.

Ösophaguskarzinom

Durch Alkoholismus, insbesondere in der Kombination mit Rauchen, kann es zur Entwicklung von Ösophagustumoren kommen. (vgl. ebd. 163/166)

Das Leitsymptom ist eine progrediente Dysphagie (Schluckstörung). Im weiteren Verlauf kommt es zu Gewichtsverlust und retrosternalen (Brustbein) Druckschmerzen. Es kann auch zu Blutungen kommen. (vgl. ebd.)

Alkohol und Magen

Alkohol wirkt sich in erster Linie auf die Mukosa des Magens aus. „Die Mukosa bildet die innere Wandschicht des Verdauungstraktes. Sie besteht aus einem dünnen Epithel, das in direktem Kontakt mit der zu verdauenden Nahrung steht.“ (Schäffler/Menche 1999, 322)

Alkohol beeinflusst drei wichtige Faktoren, die für die Mukosaintegrität von Bedeutung sind: Säuresekretion, Motilität und Mukosaabfluß. (vgl. Simanowski & Seitz 2000, 326) Dabei erhöht Alkohol die Permeabilität der Mukosa. (vgl. ebd.) Vor allem durch Alkohol in höheren Konzentrationen wird der Oberflächenschleim gelöst und führt zu einem intrazellulären Verlust von Schleimhautsubstanz. (vgl. ebd.) Durch kontinuierliche Alkoholfuhr werden Schleim- und Epithelzellen zerstört, wobei Alkohol und Makromoleküle in die Submukosa penetrieren und ausgedehnte Schäden verursachen. (vgl. ebd.) Dies gilt für Alkoholkonzentrationen über 8% bis 14% (vgl. Singer & Teyssen 1999, 179) Alkoholkonzentrationen über 40% führen dosisabhängig zu Veränderungen der Mikrozirkulation der Magenmukosa, zu erhöhter vaskulärer Permeabilität, zirkulärer Stase (Stillstand oder Stauung) und fokaler Hämorrhagie (von einem Herd ausgehende Blutungen). (vgl. Szabo et al. 1995)

Akute (hämorrhagische) Gastritis

Allgemein wird die Gastritis definiert als jegliche Form der Magenschleimhautentzündung, ohne Rücksicht auf deren Topographie, Tiefenausdehnung, Ätiopathogenese und Histologie. (vgl. Singer & Teyssen 1999, 179) Dabei ist die akute erosive oder hämorrhagische Gastritis auf eine unmittelbar zurückliegende Schädigung der Magenschleimhaut durch unterschiedliche Noxen zurückzuführen. Damit sind sowohl Blutungen aus der Mukosa als auch der Verlust der Magenschleimhaut gemeint. (vgl. Remmele 1996, 153 ff.)

Die Symptome sind epigastrische (Oberbauchgegend, zw. Rippenbögen und Schwertfortsatz) Beschwerden mit Übelkeit und Erbrechen, die wenige Tage anhalten. Oftmals ist der Verlauf auch asymptomatisch. (vgl. Singer & Teyssen 1999, 181)

Bei der erosiven Form kann es zu einer plötzlichen und kreislaurelevanten Blutung kommen oder zu einem geringfügigem Blutverlust, der nur durch Teerstuhl oder durch die Entstehung einer leichten, asymptomatischen Anämie entdeckt werden kann. (vgl. ebd.) Die schmerzlose gastrale Blutung ist oftmals das einzige manifeste Symptom neben Blässe, Tachykardie und Hypotension als indirekte Hinweise. (vgl. ebd.)

Bei einer Alkoholabstinenz heilen Magenschleimhautentzündungen in der Regel wieder aus. (vgl. Lindenmeyer 2001, 62)

Chronisch-atrophische Gastritis

Beim Menschen ist eine Assoziation zwischen chronischem Alkoholkonsum und dem Auftreten einer chronisch atrophischen, diffusen Gastritis nicht nachgewiesen. (vgl. Chey 1972)

Es besteht jedoch eine Assoziation mit anderen Kofaktoren, wie der primären und sekundären Malnutrition (Sammelbegriff für Fehl- und Mangelernährung), die bei fast allen alkoholkranken Menschen gesehen wird. (vgl. Suter et al. 1997)

Ulcus duodeni und Ulcus ventriculi

Sowohl in früheren als auch in neueren Untersuchungen kann keine Assoziation zwischen akutem bzw. chronischem Alkoholkonsum und einer erhöhten Inzidenz peptischer Ulcera im Magen und Duodenum beschrieben werden. (vgl. Paffenbarger et al. 1974; Johnsen et al. 1994)

Jedoch weisen Singer und Tyssen darauf hin, dass, obwohl die Mehrzahl der bisher vorliegenden Studien keine definitive Assoziation zwischen chronischem Alkoholkonsum und einem erhöhten Risiko, an einem Ulcus ventriculi bzw. duodeni zu erkranken, zeigen konnten, doch noch einige Fragen zu klären sind. (vgl. Singer & Teyssen 1999, 182) In den prospektiven Langzeitstudien sollten auch folgende Parameter beachtet werden: „...sozioökonomische Parameter, die Art der konsumierten alkoholischen Getränke, ein gleichzeitiger Nikotin- und Medikamentenabusus, die täglich verzehrten Nahrungsmittel und eine mögliche Infektion mit dem *Helicobacter pylori*.“ (Singer & Teyssen 1999, 182)

So ist z.B. der Nikotinkonsum ein gesicherter pathogenetischer Faktor in der Entstehung peptischer Ulcera. (vgl. Tovey 1994) Und die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die meisten Patienten unserer Einrichtung starke Raucher waren und immer noch sind.

Gastrointestinale Blutungen und Perforationen

Wie bereits im Abschnitt über die Lebererkrankungen erwähnt wurde, sind gastrointestinale Blutungen eine schwerwiegende Komplikation bei Leberzirrhose mit portaler Hypertension (Pfortaderhochdruck). (vgl. Simanowski & Seitz 2000, 328) „Aber auch ohne Lebererkrankung besteht wahrscheinlich ein Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und gastrointestinalen Blutungen“ (ebd.) So konnte in einer großen Studie ein Zusammenhang zwischen einem hohen Alkoholkonsum mit mehr als 35 ‚drinks‘ pro Woche und schweren oberen gastrointestinalen Blutungen hergestellt werden. (vgl. Kelly et al. 1995) In einer weiteren Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Alkoholabusus bei gleichzeitiger Einnahme von Aspirin und/oder nichtsteroidalen Antirheumatika das Risiko einer Perforation des oberen Gastrointestinaltraktes erhöht. (vgl. Henry et al. 1993)

Magenkarzinom

In den meisten retrospektiven epidemiologischen Untersuchungen wurde kein gehäuftes Auftreten des Magenkarzinoms bei chronischem Alkoholkonsum gefunden. Dies galt selbst bei getrunkenen Alkoholmengen von mehr als 200g pro Tag, und auch die Art der konsumierten Getränke hatte diesbezüglich keinen Einfluss. (vgl. Francheschi u. Vecchia 1994)

Jedoch könnte der Einfluss des gehäuftes Vorkommens der primären und sekundären Malnutrition bei chronischem Alkoholismus das Risiko, ein Magenkarzinom zu bekommen, beeinflussen. (siehe Kapitel über Ernährung).

8.4.3.4 Alkohol und Darm

In Gegenwart von Alkohol in einer Konzentration ab 2% wird die Absorption vieler Nährstoffe im Dünndarm gehemmt. Diese Hemmung betrifft vorwiegend Substanzen, deren Absorption über einen aktiven Transport erfolgt, wie z.B. Glukose (Monosaccharide, L-Aminosäuren und Thiamin (Vitamin B1)). (vgl. Bode & Bode 1999, 189)

Klinisch relevante Störungen der Absorption im Dünndarm werden bei Patienten mit einem reichlichen Alkoholkonsum (Männer über 60 g/Tag, Frauen über ca. 30 –40g/Tag) gesehen.

Vitamine

Eine Malabsorption von Vitamin B1 (Thiamin) und B12 wird bei Menschen mit chronischem Alkoholabusus beschrieben. Da bei Vitamin B12-Mangel dies auch durch die Gabe des Intrinsic Factors (eine im Magen produzierte Substanz zur Aufnahme von Vitamin B12) nicht korrigiert werden konnte, ist anzunehmen, dass hier die Störung im Bereich des terminalen Ileums (Dünndarm) liegt. (vgl. ebd.)

Der aktive Transport der Folsäure in niedrigen Konzentrationen wird durch Alkohol gehemmt, jedoch ist kein Einfluss bei höheren Folatkonzentrationen zu erkennen. (vgl. ebd.)

Somit ist ein Folsäuremangel auf eine Fehlernährung zurückzuführen. Die Absorption der fettlöslichen Vitamine A, D, E und K wird nicht durch Alkohol beeinflusst. (vgl. ebd.)

Jedoch auf Grund einer Pankreatitis oder einer ausgeprägten Cholestase (Gallenstauung) bei Alkoholhepatitis oder -zirrhose kann die Absorption der Vitamine A, D, E, und K beeinträchtigt sein.(vgl. ebd.)

Fette

Die Lipidabsorption wird nach neueren Untersuchungen durch die Aufnahme größerer Alkoholdosen gehemmt.(vgl. ebd.) Chronischer Alkoholkonsum führt zur Zunahme der Triglyzerid- und Cholesterinsynthese. (vgl. ebd., 190)

Eisen

Bei Eisen konnte nach Whiskygenuss eine Stimulierung der Absorption von Ferrichlorid beschrieben werden, während die Aufnahme von Eisenakorbat und Hämoglobineisen unbeeinflusst blieb. (vgl. Bode & Bode 1992, 403 ff.)

Zink

Der Mangel an Zink ist ein typischer Befund bei Menschen mit Alkoholabusus. Es ist bisher jedoch noch nicht geklärt, ob eine Störung der Zinkabsorption hierfür die Ursache ist. (vgl. Bode & Bode 1999, 189)

Wasser und Elektrolyte

Chronische Alkoholfuhr beeinflusst sowohl die Wasser- als auch die Elektrolytaborption. So konnte bei chronisch-trinkenden Alkoholikern eine signifikante Reduktion der Wasser- und Natriumabsorption beobachtet werden. (vgl. Krasner et al. 1976) Die reduzierte Wasserabsorption trägt zur Diarrhoe beim Alkoholiker bei.

Kalzium und Magnesium

Akute Alkoholfuhr beeinflusst die Kalziumabsorption beim Gesunden nicht. Die verminderte Absorption von Kalzium bei Menschen mit Leberzirrhose ist auf einen Vitamin-D-Mangel zurückzuführen. (Luisier et al. 1977)

Alkoholiker leiden häufig unter einer Hypomagnesämie. (vgl. Lieber C.S. 1988) Jedoch ist der Magnesiummangel hauptsächlich auf eine erhöhte Magnesiumausscheidung im Urin zurückzuführen oder als Ergebnis der Diarrhoe zu werten. (vgl. Simanowski & Seitz 2000, 335) Gleichzeitig tritt oftmals eine Hypophosphatämie auf, hervorgerufen durch Phosphaturie, erhöhte Phosphataufnahme in die Zellen und vermehrten gastrointestinalen Phosphatverlust. (vgl. Elisaf & Siamopoulos 1997)

Kohlenhydratabsorption und -stoffwechsel

Durch chronischen Alkoholismus wird die Laktaseaktivität vermindert, was zu einer Zunahme der Laktoseintoleranz mit Durchfallneigung und Blähbeschwerden nach Konsum von Milch führt. (vgl. Bode & Bode 1999, 189) Des Weiteren wird eine Störung der Absorption von D-Xylose bei Patienten mit Alkoholabusus relativ häufig beobachtet. Die D-Xylose wird als Modell für die Monosaccharidabsorption benutzt. (vgl. ebd., 192)

Therapie

Bei Alkoholabstinenz und einer ausgewogenen, vitaminreichen Ernährung kommt es in der Regel zu einer Normalisierung der Absorptionsstörungen. (vgl. ebd., 193)

Akute und Chronische Mukosaschädigung

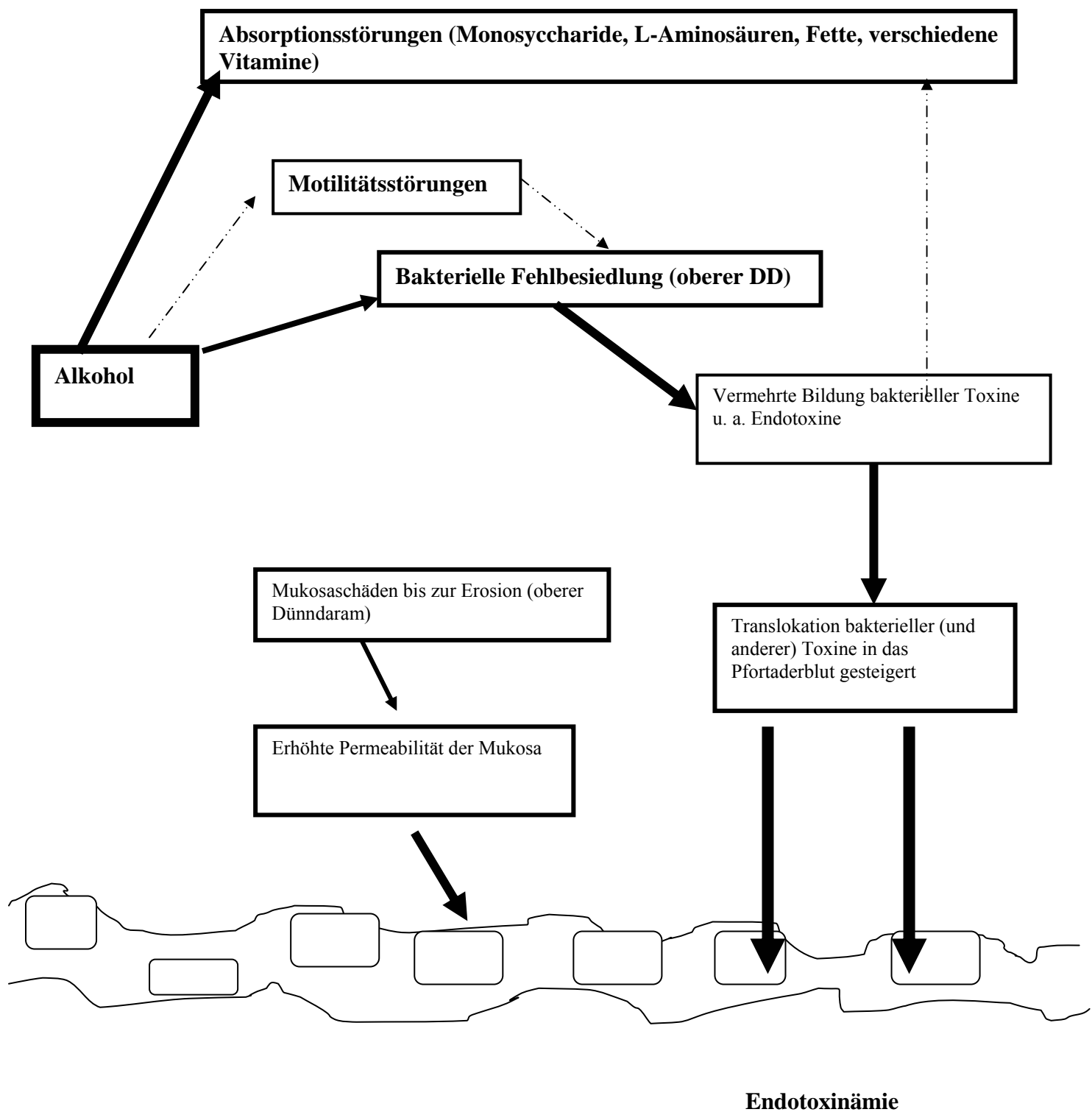
Bei Patienten mit kürzlich erfolgtem Alkoholexzess wurden erosive oder andere entzündliche Veränderungen im Bulbus (kurzer erster Abschnitt des Duodenums) und absteigenden Duodenum gefunden. (vgl. ebd. 194) Bei chronischem Alkoholabusus wurden nur bei einem Teil der Studien deutliche morphologische Änderungen der Mukosa nachgewiesen. (vgl. ebd., 195)

Die Folge ist eine deutliche Permeabilitätssteigerung für großmolekulare Substanzen. Dadurch kommt es zu einer gesteigerten Translokation von Endotoxinen und anderen Toxinen in das Gefäßsystem des Pfortaderkreislaufs oder in Lymphgefäße und damit zum Auftreten einer Endotoxinämie. (vgl. ebd. 198) Darunter ist ein Einstrom von Membranbestandteilen gramnegativer Bakterien aus dem Darm ins Blut zu verstehen, was vereinzelt z.B. auch zu Nekrosenbildung am Herzmuskel führen kann. (vgl. Pschrymbel 1994)

Somit können Mukosaschädigungen eine wichtige Ursache für die Entwicklung alkoholinduzierter Lebererkrankungen und anderer Organschäden sein. (vgl. Bode & Bode 1999, 198)

Bakterielle Fehlbesiedlung

Durch chronischen Alkoholabusus kommt es zu einer nachweisbaren bakteriellen Fehlbesiedlung im oberen Dünndarm. (vgl. ebd.) Dies ist wahrscheinlich eine Ursache für die Neigung zu Meteorismus und anderen Abdominalbeschwerden. Es ist vermutlich auch so, dass dies zu den Absorptionsstörungen und den Mukosaschäden beiträgt und natürlich die oben beschriebene gesteigerte Translokation von Toxinen verstärkt. (vgl. ebd.)



(vgl. ebd.)

Kolon und Rektum

Chronischer Alkoholismus erhöht sehr wahrscheinlich das Risiko für die Entwicklung kolorektaler Karzinome. Als gesicherter Zusammenhang gilt das Rektumkarzinom. (vgl. Bode & Bode 1999, 198)

Nach Resorption im oberen Gastrointestinaltrakt gelangt der Alkohol über das Blut in das Kolon. Die Mukosa ist dadurch Alkoholkonzentrationen ausgesetzt, die mit der Blutalkoholkonzentration identisch ist. (vgl. Simanowski & Seitz 2000, 337)

Dies wirkt sich auf die Motilität und Sekretion des Dickdarms aus. Dieser Bereich des Darms ist mit vielen Mikroorganismen besiedelt. Alkohol wird von den Bakterien verstoffwechselt, wodurch Azetaldehyd gebildet wird. (vgl. ebd.) Azetaldehyd besitzt vermutlich wegen seiner Toxizität einen Einfluss auf die alkoholassoziierte Karzinogenese im Rektum. (vgl. ebd.)

Klinisch wird ein Rektumkarzinom vor allem durch okkultes Blut im Stuhl auffällig. (vgl. Bode & Bode 1999, 198)

Alkohol und die Motilität des Magen-Darm-Traktes

„Chronische Alkoholwirkungen auf Motorfunktionen des Verdauungstraktes sind schlecht dokumentiert und entsprechen im wesentlichen denjenigen nach akuter Alkoholgabe.“ (Ohe et al. 1999, 201) Akuter Alkoholgenuss bewirkt Störungen der Ösophaguskontraktion, eine Herabsetzung des Drucks im unteren Ösophagussphinkter, eine verzögerte Magenentleerung und eine Zunahme der Dünndarmkontraktion. Dies kann bereits nach einem einmaligen Alkoholexzess zu Symptomen wie Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen und Oberbauchschmerzen führen. (vgl. ebd.) Diese Wirkungsmechanismen sind reversibel. (vgl. ebd.)

8.4.3.5 Alkohol und Niere

Alkohol führt zu pathologischen Veränderungen an der Niere. (vgl. Keller 1999, 383)

Bei der Alkoholembryopathie findet man neben den typischen Symptomen wie Wachstumsverzögerung, geistige Retardierung und anderen Missbildungen häufig auch an der Niere und den ableitenden Harnwegen Anomalien. (vgl. ebd. 385)

Beim chronischen Alkoholismus kommt es zu Hypertonie und Hyperurikämie (erhöhte Harnsäurekonzentration) mit chronischer Gicht. (vgl. ebd.) Letzteres ist vor allem auf die verminderte renale Harnsäure-Clearance zurückzuführen. (vgl. Lieber et al. 1962)

Des Weiteren beeinflusst Alkohol den Elektrolythaushalt.

Es kann zu Hyponatriämie und Wasserintoxikation kommen. (vgl. ebd., 386) Durch ein starkes Absinken der Natriumwerte kommt es zum Osmolaritätsausgleich und zu einer Verschiebung von freiem Wasser nach intrazellulär. (vgl. ebd.) Dies kann zu neurologischen Problemen wie Hirnödem, Hirndruckzeichen und Verwirrungszuständen führen. (vgl. ebd.)

Außerdem kann chronischer Alkoholkonsum zu Hypomagnesiämie, Hypokaliämie und Hypophosphatämie führen. (vgl. ebd.) Die jeweiligen Symptome wurden bereits in anderen Abschnitten beschrieben.

Durch chronischen Alkoholismus kann auch ein akutes Nierenversagen entstehen. Mit besonderer Häufigkeit werden 3 Formen beschrieben: akute Pankreasnekrosen, Rhabdomyolyse (Muskelzelluntergang der quergestreiften Herz- und Skelettmuskulatur), Hypophosphatämie. (vgl. ebd., 387)

Weitere Folgen von chronischem Alkoholismus können verschiedene Formen der Glomerulonephritis sein. (Entzündung von knäuelartigen Kapillargeflechten der Niere) (vgl. ebd.)

8.4.3.6 Alkohol und Herz/Kreislauf

Im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen muss man zwischen positiven Effekten und negativen Einflüssen unterscheiden.

In einer Studie konnte gezeigt werden, dass bei einem Konsum von 0,1 bis 19,9 g/Tag ein deutlich verringertes Risiko von Herz-Kreislaufereignissen besteht. Bei einer Aufnahme von mehr als 80 g/Tag kehrt sich dieser protektive Effekt jedoch wieder um, und das Risiko einer Herz-Kreislauf-erkrankung nahm im Vergleich zu einer Kontrollgruppe wieder zu. (vgl. Keil et al. 1997) Diese Ergebnisse sind ähnlich wie die vieler anderer Studien und beschreiben einen U-förmigen Verlauf der Beziehung zwischen konsumierter Alkoholmenge und kardiovaskulärer Mortalität. (vgl. Strotmann & Ertl 1999, 391).

Die Ursachen für den protektiven Mechanismus sind nicht eindeutig geklärt. Wahrscheinlich spielt der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und einer Zunahme des HDL und einer Abnahme des LDL eine Rolle. (vgl. ebd., 394 und siehe Kapitel über Fettstoffwechsel)

Myokardiale Dysfunktion

Alkohol hat eine direkte negativ inotrope Wirkung auf Kardiomyozyten, also einen negativen Einfluss auf die Kontraktionskraft des Herzens. Dies ist jedoch dosisabhängig und tritt bei akuter Gabe auf. (vgl. ebd., 396) Als Ursachen hierfür werden die Wirkung auf die Kardiomyozytenmembran, der toxische Einfluss des Acetaldehyds auf die Synthese der kardialen Proteine (vgl. Patel et al. 1997) und der Kalziumstoffwechsel diskutiert. (vgl. ebd. 407) Neben den direkten Wirkungen gibt es noch eine Vielzahl anderer Mechanismen wie neurohumorale Aktivierung und Veränderung des Gefäßsystems, welche das kardiovaskuläre System beeinträchtigen. (vgl. Sheehy 1992) Indirekt hat natürlich die bereits beschriebene blutdrucksteigernde Wirkung (vgl. Kapitel) des Alkohols eine Auswirkung auf das Myokard. Dies führt bei chronischem Konsum zu irreversiblen Schädigungen, wobei der Übergang von akuten zu chronischen Veränderungen schleichend ist. (vgl. Juilliere et al. 1990)

Morphologisch lässt sich bei langjährigem Alkoholabusus eine biventrikuläre Dilatation (Ausdehnung beider Herzkammern) mit begleitender moderater Myokardhypertrophie (Vergrößerung des Herzmuskels) und Fibrose (Vermehrung des Bindegewebes) beschreiben. (vgl. Sanders 1970)

Arrhythmien

In vielen Untersuchungen konnte bei Patienten mit chronischem Alkoholabusus eine Vielzahl von Herzrhythmusstörungen dokumentiert werden. Diese beinhalten z.B. Tachyarrhythmien, Vorhofflattern, Extrasystolie, Tachykardien, Erregungsleitungsverzögerung. (vgl. Sanders

1970) Neben anderen möglichen Ursachen spielt vermutlich die Verschiebung des Elektrolythaushaltes von intrazellulärem Kalium und Magnesium eine Rolle, was wiederum Einfluss auf die Erregungsleitungsprozesse hat. (Khedun et al. 1991)

Beobachtet wurde immer wieder das so genannte „Holiday heart“: Nach vermehrtem Alkoholkonsum am Wochenende kommt es oft zu tachykarden Vorhoffrhythmen. (vgl. Strasser et al. 2000, 443)

Kardiomyopathien (Herzmuskelerkrankungen)

Alkoholismus kann als ursächlicher Mechanismus für die Entstehung von Kardiomyopathien angesehen werden. (vgl. Regan 1984)

Es gibt Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass 1% bis 2% der Patienten mit chronischem Alkoholismus Symptome einer Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche) entwickeln. (vgl. Fink et al. 1979) Andere Untersuchungen führen jedoch dilatative Kardiomyopathien unklarer Genese zu 40% bis 60% auf chronischen Alkoholismus zurück. (vgl. Rubin 1979)

Zu den Hauptsymptomen einer Herzinsuffizienz gehören Belastungsdyspnoe (Atmungsschwierigkeiten bei Anstrengung), Knöchelödem (Wassereinlagerung), nächtliches Dyspnoe, Orthopnoe (höchste Atemnot) und atypische Brustschmerzen. (vgl. Paacock 1990)

Ischämische Herzerkrankungen

Bei der Koronarsklerose (Verengung der Herzgefäße) kann bei moderatem Konsum ein protektiver bzw. kein negativer Effekt beschrieben werden, so wie am Anfang dieses Abschnittes beschrieben. (vgl. Strotmann & Ertl 1999, 402) Auch das Myokardinfarktrisiko kann bei leichtem bis mäßigem Alkoholgenuß um ca. 25% bis 45% gesenkt werden. (vgl. Jackson et al. 1993) Bei schwerem Alkoholkonsum ändert sich dieser Effekt, und das Risiko für eine Arteriosklerose der Koronarien und jenes für Herzinfarkt steigt wieder. (vgl. Strasser et al. 2000, 452)

Hypertonie (Bluthochdruck)

Viele Studien belegen einen direkten Zusammenhang zwischen chronischem Alkoholismus und dem Auftreten einer arteriellen Hypertonie. (vgl. Strasser et al. 2000, 451) Dabei spielen Faktoren wie zum Beispiel Änderungen des Natrium- und Wasserhaushaltes sowie eine Aktivierung des sympatho-adrenergen Systems (vgl. Klatsky et al. 1978) eine Rolle, um die bekannten direkten vasodilatatorischen Effekte des Alkohols zu überspielen. (vgl. Strasser et al. 2000, 451) „Die arterielle Hypertonie ist ein wichtiger eigenständiger Risikofaktor für das

Auftreten der koronaren Herzkrankheit und kann möglicherweise die eher günstigen, direkten Effekte des Alkohols auf den Lipidstoffwechsel und die Arteriosklerose auslöschen.“ (ebd.)

8.4.4 Weitere Störungen

8.4.4.1 Alkohol, Blut und Immunsystem

Bei der Hämatopoese (Blutbildung) entwickeln sich von einer gemeinsamen Stammzelle im Knochenmark die Blutkörperchen zu Leukozyten (weiße Blutkörperchen), Erythrozyten (rote Blutkörperchen) und Thrombozyten (Blutplättchen). (vgl. Menche & Schäffler 1999, 249) Dementsprechend spricht man von Leukopoese, Erythropoese und Thrombopoese. (vgl. ebd.)

Veränderung der roten Zellreihe

Makrozytose

Bei der Makrozytose ist das Volumen der roten Blutkörperchen auf Grund einer Beeinträchtigung der Erythropoese durch Ethanol vergrößert, häufig auch ohne Anämie (Blutarmut, Verminderung der Erythrozytenzahl) (vgl. Reiter et al. 1999, 411)

Zu den Ursachen zählen Lebererkrankungen und Folsäuremangel. (vgl. ebd. 412)

Eisenstoffwechsel und Eisenmangelanämie

Alkohol führt zu einer verstärkten Eisenresorption, was zu einem Anstieg des Serumeisenspiegels und zu einer Sättigung des Transferrins (ein Glykoprotein, das freies Eisen im Serum bindet) führt. (vgl. Sullivan & Herert 1964 / Pschyrembel 1994, 1554)

Allerdings beruht dies auch auf einer Hemmung des Eiseneinbaus in das Hämoglobin bei der Erythropoese. (vgl. Reiter et al. 1999, 414)

Bei chronischem Alkoholismus findet sich teilweise eine vermehrte Eisenspeicherung in der Leber. (vgl. Conrad & Barton 1980) Dies hat damit zu tun, dass bei einem Ethanolkonsum von 60 g täglich das Transferrin Kohlenhydratgruppen verliert. Dies kann durch den Laborparameter CDT (kohlenhydratdefizientes Transferrin) gemessen werden, der auch als biochemischer Marker für Alkoholabusus gilt. (vgl. Fletcher 1996)

Zu einer Eisenmangelanämie kann es durch Blutverlust kommen, wenn die Eisenspeicher in Leber und Milz aufgebraucht sind, z.B. durch gastrointestinale Schleimhautirritationen, oder bei Leberschaden durch Blutungen aus Ösophagusvarizen oder Hämorrhoiden. (vgl. Conrad & Barton 1980/Kapitel über den Gastrointestinaltrakt) Dies wird natürlich durch eine Gerinnungsstörung verstärkt. (vgl. Reiter et al. 1999, 415)

Ein Eisenmangel führt schließlich zu verkleinerten (mikrozytären) Erythrozyten und zu einem verminderten Hämoglobingehalt (hypochrom). Hämoglobin ist der rote Blutfarbstoff, der Eisen enthält. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 250/252)

Hämolyse

Bei einer Hämolyse ist die Lebenszeit der Erythrozyten vermindert. Vor allem durch Lebererkrankungen kann Alkohol zu einer hämolytischen Anämie führen. (vgl. Reiter et al. 1999, 415) Dies führt zu einem Mangel an funktionsfähigen Erythrozyten. Eine Folge von einer Hämolyse kann Gelbsucht sein, da die Leber die anfallenden Abbauprodukte des Hämoglobins nicht mehr ausscheiden kann. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 252)

Bei Änämien müssen folgende Laborparameter bestimmt werden: Hb (Hämoglobin), MCV (mittleres Erythrozytenvolumen), Retikulozytenzahl (Vorstufe der Erythrozyten bei der Hämatopoese), das Serumferritin, Vit. B12, Folsäurespiegel. (vgl. Reiter et al. 1999, 416)

Immunsystem und Veränderung der Leukozyten

Von den Blutkörperchen sind die Leukozyten zuständig für die Immunabwehr:

Man kann das Abwehrsystem des Körpers in vier Teilsysteme einteilen. Da gibt es einmal die unspezifische und die spezifische Abwehr und andererseits die zelluläre und humorale Abwehr. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 80)

Nach Eindringen eines pathogenen Keimes wird die unspezifische Abwehr aktiviert, es kommt zu einer Entzündungsreaktion („Akutphasenreaktion“), die den Körper vor allen unmittelbaren Folgen einer Infektion schützen soll. (vgl. Bode & Parlesak 1999, 271) Die spezifische Abwehr besteht aus T-Zellen und B-Zellen. (vgl. ebd.)

Folgende Übersicht zeigt die beteiligten Systeme, die in Wirklichkeit miteinander vernetzt sind und eng zusammenarbeiten. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 80)

Abwehrsystem	Zellulär/Leukozyten	Humoral
Unspezifisch	Makrophagen Neutrophile Granulozyten Natürliche Killerzellen	Komplement Zytokine Lysozym
Spezifisch	T-Zellen: T-Helferzellen, T-Suppressorzellen Zytotoxische T-Zellen, T-Gedächtniszellen	Antikörper (produziert von stimulierten B-Zellen = Plasmazellen)

In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass chronischer Alkoholkonsum zu vielfältigen Störungen im hämatologischen und immunologischen System führt. (vgl. Bode & Parlesak 1999, 271) Dies birgt ein erhöhtes Risiko, an Infektionen zu erkranken, mit einem meist schwereren Verlauf als bei Menschen ohne Alkoholkonsum. (vgl. ebd.) Die Ursachen für diese Störungen sind komplex und unvollständig geklärt. (vgl. ebd.)

Multifaktoriell ist der Alkohol selbst, die durch Alkohol induzierten Stoffwechseländerungen und ein Mangel an essentiellen Nährstoffen als Folge einer Fehlernährung beteiligt. (vgl. ebd.)

Insgesamt kann man bei chronischem Alkoholabusus Phasen einer Leukopenie (verminderte Anzahl der Leukozyten), gefolgt von einer Leukozytose (Zunahme der Leukozytenzahl) mit Zunahme unreifer Vorstufen, einer so genannten Linksverschiebung, beobachten. (vgl. ebd.) Des Weiteren wird eine Störung der Granulozytenfunktion mit Granulozytopenie und eine verminderte Phagozytoseleistung von Makrophagen beschrieben. (vgl. ebd., 281)

Speziell bei Patienten mit alkoholbedingter Leberstörung findet man erhöhte Endotoxinkonzentrationen im Blut. Die Ursache hierfür ist eine gestörte Clearance-Funktion der Leber und eine erhöhte Translokation durch die Darmmukosa. (vgl. ebd.) Die erhöhten Endotoxinkonzentrationen lösen weitere Reaktionen aus. Sie haben einen Einfluss auf die Produktion von Signalmolekülen, welche die Koordination der Immunantwort vermitteln (Zytokine). (vgl. ebd.)

Alkohol beeinträchtigt auch die Funktion der Zellen, die sowohl spezifisch eine Immunantwort auf spezielle Mikroorganismen geben, als auch langfristige Immunität vermitteln. Auch die Lymphozytenanzahl kann erniedrigt sein. (vgl. ebd.)

Alle diese Faktoren bewirken eine erhöhte Anfälligkeit für bakterielle Infektionen wie Tuberkulose und Pneumonie und Viruserkrankungen, wie z.B. Aids. (vgl. ebd.)

Thrombozyten

Auch die Thrombozytopoese wird durch den Alkohol beeinflusst, was zu einer Hemmung der Thrombozytenbildung, zu einer verkürzten Lebensdauer der Thrombozyten und einer verminderten Aggregationsfähigkeit der Thrombozyten führt. (vgl. Reiter et al. 1999, 421) Deswegen kann es zu einer Thrombozytopenie mit einer ausgeprägten Störung des Blutgerinnungssystems kommen. (vgl. ebd.) „Dadurch wird die Blutungsgefahr aus dem Gastrointestinaltrakt (Ösophagusvarizen, erosive Gastritis, Ulcus ventriculi) weiter erhöht.“ (ebd., 421)

8.4.4.2 Alkohol und Stoffwechsel

Lipidstoffwechsel

Die mit der Nahrung zugeführten Fette, also z.B. Cholesterine und Triglyzeride, sind wasserunlöslich und müssen deswegen durch Lipoproteine transportiert werden. Die wichtigste Lipoproteinklasse sind die Chylomikronen, die hauptsächlich Triglyzeride enthalten. (vgl. Suter 1999, 293) Weitere wichtige Gruppen der Lipoproteine sind die Very-low-density-Lipoproteine (VLDL), die Low-density-Lipoproteine (LDL) und die High-density-Lipoproteine (HDL). Die beiden an letzter Stelle genannten Proteine haben das Cholesterin als wichtigste Komponente. (vgl. Suter 2000, 184)

Chronisch moderater Alkoholkonsum erhöht den HDL-Spiegel (High-density-Lipoproteine). (vgl. Suter 1999, 293) Vermutlich entsteht dadurch ein bei vielen Alkoholkonsumenten bekannter kardioprotektiver Effekt. (vgl. ebd.) Nach den Erkenntnissen der Evidence Based Medicine gilt das aber nur für den risikoarmen Konsum, beim Mann 30 g pro Tag und bei Frauen 20 g pro Tag. (vgl. Suter 2000, 182) Außerdem wird das LDL-Cholesterin gesenkt. Die Triglyzeride steigen, was in Extremfällen zu einer akuten Pankreatitis führen kann (vgl. ebd.) „Bei hohem Konsum kommt es jedoch zu einer Verschlechterung aller Lipidfraktionen“ (ebd.)

Alkohol hat allerdings wiederum Einfluss auf eine positive Fettbilanz und ist somit Risikofaktor für Adipositas, was wiederum einen Risikofaktor für Herzkreislauferkrankungen darstellt. (vgl. ebd., 185)

Insgesamt hängt der Alkoholeffekt auf den Lipidstoffwechsel von mehreren Faktoren ab: Ernährungszusammensetzung (vor allem der Fettgehalt und Fettzusammensetzung der Nahrung), Körperzusammensetzung (Adipositas), Interaktion zwischen Lebensstil und der genetischen Konstellation. (vgl. ebd., 182)

Alkohol und Harnsäurestoffwechsel

Alkohol, vor allem in Verbindung mit Kalorienexzess, stellt die wichtigste Ursache für die symptomatische Hyperurikämie dar. (vgl. Suter 1999, 293) Bei einer Hyperurikämie ist die Harnsäurekonzentration im Blut erhöht, was prädisponierend für Gicht ist.

Die Zufuhr von Purin durch die Nahrung führt zur Erhöhung des Plasmaharnsäurespiegels. Dabei zeigen verschiedene Alkoholika unterschiedliche Puringehalte, jedoch stellt vor allem Bier eine wichtige Purinquelle dar. (vgl. ebd., 290)

Alkohol und Proteinstoffwechsel

Der Proteinstoffwechsel ist beim chronisch exzessiven Trinker beeinträchtigt. Alkohol beeinflusst die Zufuhr, den Transport, den Abbau und den Umbau aller Aminosäuren. (vgl. Suter 1999, 291) Meist ersetzt Alkoholkonsum die üblicherweise zugeführte Nahrung und bewirkt so auch eine Abnahme der Proteinzufuhr. Dadurch entsteht ein erhöhter Proteinbedarf. (vgl. ebd.)

Die Proteine sind an wichtigen Körperfunktionen beteiligt (z.B. Muskeln, Strukturproteine, Lipoproteine...). (vgl. ebd.) Deswegen sollte eine konstante Zufuhr von essentiellen und nichtessentiellen Aminosäuren gewährleistet sein. (vgl. ebd.) Der Anteil an Proteinen an der Gesamtenergiezufuhr sollte 10% bis 15% betragen. (vgl. ebd.)

Alkohol und Kohlenhydratstoffwechsel

Einmaliger Alkoholkonsum bewirkt einen biphasischen Verlauf der Blutzuckerkurve: Es kommt zunächst zu einer Hyperglykämie (Überzucker), gefolgt von einer Hypoglykämie. (vgl. Feuerlein 1998, 47) Wenn die Glykogenreserven zum Beispiel durch längeres Fasten aufgebraucht sind, kann es auch gleich zu einer Hypoglykämie kommen. (vgl. ebd.)

Alkohol und Porphyrinstoffwechsel

Die Hauptstätten der Porphyrinbiosynthese sind das Knochenmark und die Leber. Die Störung dieses Stoffwechsels bezeichnet man als Porphyrie. (vgl. Kühnel et al 1999, 295) Die Porphyrien sind hereditär bedingt oder sind durch ein Zusammenwirken von genetischer Disposition und exogenen Faktoren entstanden. (vgl. ebd.) Alkohol ist dabei ein wichtiger induzierender Faktor für die klinische Manifestation von chronischen und akuten hepatischen Porphyrien. (vgl. Sieg & Doss 2000, 210) In unregelmäßigen Abständen können Symptome auftreten wie Abdominalkoliken und Polyneuropathien, bei ZNS-Beteiligung Bewusstseinsstörungen, evtl. auch Psychosen. (vgl. Pschyrembel 1999, 1228) Bei der chronischen Form zählen auch Lichtdermatosen zu den Hauptsymptomen. Eine Folge des Alkoholkonsums kann auch eine sekundäre Koproporphyrinurie sein, die klinisch allerdings nicht relevant ist. (vgl. Sieg & Doss 2000, 210)

8.4.4.3 Alkohol und Ernährung

„Alles ist ein Gift, allein die Dosis macht es.“ Das gilt auch für Alkohol, der ein Nährstoff, eine psychoaktive Droge und ein Toxin gleichzeitig sein kann. (vgl. Suter 2000, 348) Diese Eigenschaften sind in allen Dosierungsbereichen vorhanden, mit steigender Dosis nimmt jedoch die Toxizität zu. (vgl. ebd.) Für die Alkoholttoxizität stellt die Malnutrition (Fehl- oder Mangelernährung) einen wichtigen Modulator dar. Einmal nämlich die primäre Malnutrition, die durch eine verminderte Nährstoffaufnahme bedingt ist, und andererseits die sekundäre Malnutrition als Folge von pathophysiologischen Veränderungen, wie z.B. Maldigestion (Verdauungsstörungen), Malabsorption, Pankreas- und Leberfunktionsschäden. (vgl. ebd, 349) Hier einige Beispiele für Organveränderungen bei chronischen

Alkoholikern und deren Einfluss auf die Ernährung:

Zentralnervöse Mechanismen und eine Gastritis können eine Anorexie (Appetitlosigkeit, herabgesetzter Trieb zur Nahrungsaufnahme) und Erbrechen bewirken. (vgl. ebd.)

Störungen der exokrinen Pankreasfunktion führen zu einer Steatorrhoe (Fettstuhl) mit Malabsorption von essentiellen Fettsäuren, fettlöslichen Vitaminen, Calcium und teilweise auch Spurenelementen. (vgl. ebd.)

Lebererkrankungen beeinträchtigen die Proteinsynthese, was zu diversen Störungen im Aminosäuren-Stoffwechsel, zu verminderter Speicherung und Aktivierung von Vitaminen und Spurenelementen führt. (vgl. ebd.)

Alkohol kann durch direkte und indirekte Mechanismen den Stoffwechsel aller essentiellen und nichtessentiellen Nährstoffe negativ verändern. (vgl. vgl. Suter 1999, 343)

Makronährstoffe wie Proteine, Kohlenhydrate und Lipide werden in ihrem Metabolismus durch Alkohol beeinflusst. (vgl. Suter 2000, 352)

Moderater Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für die Entwicklung von Übergewicht, exzessiver Alkoholkonsum führt zu dem bekannten Gewichtsverlust. (vgl. Suter 1999, 325/343) Alkohol stimuliert den Appetit, vor allem auf Fett. (vgl. ebd., 325) Außerdem supprimiert Alkohol die Fettoxidation auf Grund einer Akkumulation von Azetat. Das nichtoxidierte Fett wird vor allem im Abdominalbereich abgelagert. (vgl. ebd. 326)

Bei extremen Trinkern ersetzt der Alkohol die üblicherweise eingenommene Ernährung, es kommt zur Alkoholsubstitution. (vgl. Suter 2000, 353)

Alkohol hat einen Energiegehalt von 7,1 kcal (29kJ) pro Gramm Alkohol. Zum Vergleich: Fette haben 9 kcal/g und Proteine/Kohlenhydrate 4 kcal/g. (vgl. ebd. 325)

Die Alkoholenergie kann bei schweren Alkoholikern mehr als 50% der gesamten Kalorienaufnahme ausmachen, durchschnittlich sind es 6% bis 10%. (vgl. Block et al. 1985)

Der Tagesbedarf an Kilokalorien bzw. Kilojoule liegt abhängig von der körperlichen Tätigkeit zwischen 2500 kcal (10400 kJ) pro Tag und 3600 kcal (1500 kJ) pro Tag. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 354) Eine normale Ernährung sollte zu 55% bis 65% aus Kohlenhydraten, zu 25% bis 30% aus Fett und zu 10% bis 15% aus Eiweißen bestehen. (vgl. ebd.)

Hier eine kurze Übersicht, welche die Folgen von Vitaminmangel und des Fehlens von ausgewählten Elektrolyten und Spurenelementen durch chronischen Alkoholismus sind.

	Funktion	Mangelscheinung
Vitamin A	Beteiligt am Sehvorgang, Wachstumsfaktor für Epithelzellen	Nachtblindheit, Hautschäden
Vitamin D	Knochenaufbau, Immunregulation	Osteomalzie (Knochenweichheit) Osteoporose, ‚Rachitis‘, Hypokalziämie und -phosphatämie
Vitamin K	Kofaktor bei der Bildung einiger Gerinnungsfaktoren	Störung der Blutgerinnung, Blutungsneigung
Vitamin E	Antioxidans, schützt ungesättigte Fettsäuren vor Oxidation – durch Alkohol kommt es zum oxidativen Stress	Hämolytische Anämie (verkürzter Erythrozytenabbau), Neuropathie, Myopathie (Muskelerkrankung)
Vitamin B1 (Thiamin)	Wichtig für den Kohlehydratstoffwechsel und die Nerventätigkeit	Neuropathie, Wernicke-Korsakoff-Syndrom, Beri-Beri
Vitamin B2	Einfluss auf Stoffwechsel und Hormonproduktion	Wunde Lippen und Mundwinkel, Neigung zu Entzündungen
Vitamin B6	Wichtig für den Aminosäurenstoffwechsel	Periphere Neuropathie, Hautentzündungen
Vitamin B12	Fördert die Bildung der Erythrozyten, Resorption erfolgt mit dem Intrinsic factor der	Makrozytäre Anämie, Glossitis (Zungenentzündung), periphere Neuropathie, psychiatrische Symptome

	Magenschleimhaut	
Folsäure	Nukleinsäuresynthese, Erythrozytenbildung	Makrozytäre Anämie, Diarrhoe, Malabsorption, Glossitis, Stomatitis (Mundschleimhautentzündung)
Niazin (Nicotinsäure/amid)	Bildet Coenzym NAD der Atmungskette (Energistoffwechsel)	Pallegria (Dermatitis, Diarrhoe, Demenz)
Vitamin H (Biotin)	Rolle im Stoffwechsel	Dermatitis (Hautentzündung)
Pantothensäure	Zentrale Stellung im Stoffwechsel	Erbrechen, Fußbrennen, Krämpfe,
Vitamin C	Wichtig für die Kollagen (Bindegewebs-) synthese, Antioxidans, Immunsystem	Anämien, Zahnfleischbluten, Bindegewebschwäche

Kalzium	Zahn - und Knochenaufbau	Frakturneigung, Osteoporose
Magnesium	Mitbeteiligung an der Erregungsüberleitung an die Muskeln	Parästhesie (Kribbeln, Missempfindung, Sensibilitätsstörungen), erhöhte neuromuskuläre Erregbarkeit, Tetanie, Krämpfe
Selen	Wirkt evtl. mit Vit. E zusammen	Nagelveränderung, evtl. Kardiomyopathie, Abwehrschwäche
Kupfer	Bestandteil von Oxidasen	Mikrozytäre Anämie, Neutropenie
Zink	wichtig für viele Enzyme	Wundheilungsstörungen, Nachtblindheit, Appetitabnahme, Geschmackstörungen, Dermatitis

(vgl. Menche & Schäffler 1999, 361/381 und Suter 1999, 342)

Jedoch ist zu beachten, dass bei chronischem Alkoholkonsum fast nie nur ein einzelner Nährstoff fehlt, weswegen sich ein Nährstoffmangel im Klinikalltag praktisch nie mit typischen Symptomen präsentiert. (vgl. Suter 1999, 341)

Bei den therapeutischen Maßnahmen des schweren Alkoholismus spielt neben der Kontrolle der Alkoholzufuhr die parenterale Nährstoffsupplementierung, gefolgt von einer oralen Substitutionstherapie eine zentrale Rolle. (vgl. Suter 1999, 343)

Eine Besonderheit gibt es bei Vitamin A und dessen Vorstufe β -Karatol, da die chronische Einnahme von Vitamin A mit Alkohol zu einer Leberfunktionstörung führen kann. (vgl. Suter 1999, 327)

8.4.4.4 Alkohol und endokrine Drüsen

Exokrine Drüsen sondern ihre Sekrete an die Oberfläche von Haut und Schleimhäuten ab, endokrine Drüsen heißen auch Hormondrüsen, ihre Sekrete diffundieren in die Blutkapillare. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 55)

Eine zentrale Rolle spielt dabei das Zusammenwirken von Hypothalamus und Hypophyse. Im Hypothalamus werden Releasing-Hormone und Inhibiting-Hormone gebildet, welche die Hypophyse beeinflussen. (vgl. ebd. 238) Im Hypophysenvorderlappen werden daraufhin Hormone gebildet, die untergeordnete Hormondrüsen steuern oder direkt auf die Zielzellen wirken.

Akuter und chronischer Alkoholkonsum beeinträchtigt auf vielfältige Weise das Endokrinum. Ethanol wirkt direkt auf die Zellmembranen und beeinflusst intrazelluläre metabolische Vorgänge. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 363)

Die Wirkung auf das Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden (Geschlechtsdrüsen)-System

Alkohol führt zu einer Dysfunktion des Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Systems. (vgl. Colantoni et al 2000, 460) Im Hypothalamus werden Releasinghormone der Sexualhormone FSH (Follikel-stimulierendes Hormon) und LH (Lutenisierendes Hormon) gebildet. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 238)

Bei Männern führt chronischer Alkoholismus zu einem Hypogonadismus. Es kommt zu einer Minderung des Bluttestosteronspiegels und zu einer Hyperöstrogenisierung, was zu einer Feminisierung führt. (vgl. Colantoni et al 2000, 462/463) Nach 5 bis 10 Jahren treten bei etwa 70% bis 80% der männlichen Alkoholiker Hodenatrophie und Unfruchtbarkeit auf, bei 40% zeigt sich eine Feminisierung. (vgl. Van Thiel et al 1983) Es kommt zum Verlust der sekundären Geschlechtsmerkmale wie dem der Gesichtshaare, der Achselhaare und der Schamhaare. (vgl. Van Thiel et al 1974)

Weitere Symptome des Hypogonadismus und der Feminisierung sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

Hypogonadismus	Feminisierung
Testikuläre Atrophie (Hodenatrophie)	Gynäkomastie (Vergrößerung der männlichen Brust)
Hypo-Azoospermie (Fehlen reifer Spermien im Sperma)	Spiderangiome (Gefäßsprossung)

Verlust der sekundären männlichen Geschlechtsmerkmale	Weiblicher Habitus/Behaarungstyp
Impotenz	Veränderung bei der Verteilung des Körperfetts
Verringerte Libido	Erytheme an Hand- und Fußsohlen
Verringerung der Muskelmasse	
Verringerte Prostatagröße	
Verringerte Größe der Samenbläschen	

(vgl. Colantoni et al 2000, 465)

Bei weiblichen Alkoholikern findet man defeminisierte Züge und biologische Zeichen eines schweren Hypogonadismus. (vgl. Colantoni et al 2000, 465) Es kommt zum Verlust der sekundären Geschlechtsmerkmale, zu Oligo-/Amenorrhö und zu verminderter Fruchtbarkeit. (vgl. Gavalier & Van Thiel 1987) Eine Zusammenfassung wichtiger Symptome gibt folgende Übersicht:

<i>Symptome des Ausfalls der Gonaden bei weiblichen Alkoholikern</i>
Oligo-/Amenorrhö (Ausbleiben der Monatsblutung)
Verlust an Becken- und Brustfettgewebe
Eierstockatrophie
Hyperplasie der Ovarien
Fehlender Eisprung/Fehlender Corpus lutea (Phase des Menstruationszyklus)
Unfruchtbarkeit
Brustadenofibrose (Vermehrung des Bindegewebes)
Zystische Dilatation der Graaf-Follikel

(vgl. Gavalier & Van Thiel 1987)

Wirkung von Alkohol auf die Schilddrüsenfunktion

Die Sekretion von Thyroxin (T4) und Trijodthyronin (T3) wird durch den Hypothalamus über das TRH (Thyreotropin-releasing-Faktor) und durch die Hypophyse durch das TSH

(Thyreotropin-stimulierendes-Hormon) reguliert. (vgl. Colantoni et al 2000, 466) Die Umwandlung von T4 zu T3 findet vornehmlich in der Leber statt. (vgl. ebd.)

Durch Alkohol wird das Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-System beeinträchtigt, das Ausmaß der Erkrankung hängt häufig vom Schweregrad einer gleichzeitigen Lebererkrankung ab. (vgl. ebd.) Die Schilddrüsenfunktion selbst wird nicht beeinträchtigt, es kann aber zum deutlichen Schwund des Schilddrüsenvolumens kommen. (vgl. Hegedus 1984. Die häufigste Veränderung ist eine Verminderung der Schilddrüsenhormonkonzentration im Blut. (vgl. Israel et al. 1979) Alkoholabstinenz führt zur Normalisierung der Schilddrüsenparameter. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 366)

Nebenschilddrüsen und Mineralstoffwechsel

Kalzium:

An der Kalziumhomöostase sind das Parathormon (PTH) der Nebenschilddrüse und das Kalzitinin der Schilddrüse beteiligt. Chronischer Alkoholismus stört das Gleichgewicht, es kommt zu einer Hypokalziämie. Akuter Konsum führt zu einer verstärkten Ausscheidung von Kalzium über den Urin. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 367)

Phosphat:

Bei 40% bis 50% der Alkoholiker tritt eine Hypophosphatämie auf. (vgl. Ziegler 1994) Die Symptome sind in der Regel unspezifisch und sehr variabel. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 369)

Weitere Mineralien siehe Ernährungskapitel.

Die Wirkung von Alkohol auf das Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-System

„Der hypothalamische Corticotropin-releasing-Faktor (CRF) stimuliert die Hypophyse zur Bildung von adrenokortikotropem Hormon (ACTH).“ (Colantoni et al 2000, 467)

Dadurch wird die Ausschüttung der in der Nebenniere sitzenden Glukokortikoide (z.B. Kortisol, Kortison, Kortikosteron) gesteuert. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 243) Bei einer Stressreaktion wird das Nebennierenrindenmark aktiviert, was zu einer Ausschüttung der Katecholamine (Adrenalin und Noradrenalin) führt. (vgl. ebd., 245)

Alkoholkonsum beeinträchtigt die ACTH-Ausschüttung und führt zu vermehrter Koritsolausschüttung. Eine Alkoholintoxikation kann somit als Stressreaktion gesehen werden. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 372) Bei exzessiv chronischem Konsum kann das

seltene Krankheitsbild des Pseudo-Cushing-Syndroms beschrieben werden mit Symptomen wie Vollmondgesicht, Büffelnacken, Stammfettsucht, Hypertonie. (vgl. ebd.)

Ein weiteres wichtiges Mineralkortikoid der Nebennierenrinde ist das Aldosteron, das durch den Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus zur Blutdruckregulation beiträgt. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 244)

Der akute, aber vor allem der chronische Alkoholmissbrauch kann durch die Aktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems als auch durch die Freisetzung der Katecholamine zu einer arteriellen Hypertonie führen. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 374)

Auch der Kaliumhaushalt wird durch die gestörten Nebennierenfunktionen beeinträchtigt. Es kommt zur Hypokaliämie, was sich in Symptomen wie Schwächegefühl, Muskelschmerzen und Herzrhythmusstörungen äußert. (vgl. ebd.)

Wirkung auf das antidiuretische Hormon

Im Hypophysenhinterlappen wird das Adiuretin gebildet. Es wird auch ADH = antidiuretisches Hormon (gegen den Harndurchfluss gerichtetes) Hormon oder Vasopressin genannt und ist entscheidend an der Regulierung des osmotischen Drucks und des Flüssigkeitsvolumens im Körper beteiligt. (vgl. Menche & Schäffler 1999, 238)

Alkohol bewirkt eine Erhöhung der renalen Absorption von Wasser, was zu einer Dysregulation des Blutdrucks führt. (vgl. Colantoni et al. 2000, 468) Akuter Alkoholkonsum hat einen direkt hemmenden Effekt auf die ADH-Sekretion im Hypothalamus, was zu einer Steigerung des Urinoutputs führt. (vgl. Eggelton 1942)

Bei chronischem Alkoholabusus kann man von einer vermehrten ADH-Ausschüttung ausgehen, was zu einer Ausdehnung des extrazellulären Volumens führt. (vgl. Sereny et al. 1966)

Wirkung auf das endokrine Pankreas

Alkohol ist einer der häufigsten Gründe für eine Hypoglykämie. (vgl. Colantoni et al. 2000, 471) Bei Nicht-Diabetikern kann sich eine Hypoglykämie 6 bis 8 Stunden nach mäßigem bis schwerem Alkoholkonsum entwickeln, insbesondere bei unzureichender Nahrungszufuhr ein bis zwei Tage vorher. (vgl. Binder & Bendtson 1992)

Der chronische alkoholranke Patient ist hier einem besonderen Risiko ausgesetzt, da die gestörte Leberfunktion zur Reduzierung der Glykogenspeicher führt und somit die Reserven

limitiert sind. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 377) Allerdings ist bei chronischen Alkoholikern mit endokrinen Pankreasdysfunktionen die Insulinantwort auf Glukosezufuhr vermindert. (vgl. Patto et al. 1993)

Eine Hypoglykämie äußert sich in Symptomen wie Schweißausbruch, Tachykardie, Blässe, Kopfschmerzen, Zittern, Heißhunger. (vgl. Henning & Ziegler 1999, 378) Ferner besteht nach einem reichlichen Alkoholkonsum mit Übelkeit und Erbrechen die Gefahr, dass eine alkoholassozierte Ketoazidose (Übersäuerung) entwickelt wird. (vgl. Fulop & Hobermann 1975, 381)

8.4.4.5 Alkohol und Haut

Es gibt gut dokumentierte Hautzeichen im Zusammenhang mit der Leberzirrhose. (siehe Kapitel über Alkohol und Leber)

Im Folgenden werden weitere Hauterkrankungen durch Alkoholismus beschrieben.

Porphyria cutanea tarda (PCT)

Der PCT liegt ein Defekt im Hämabbauweg zugrunde. (vgl. Rzany 1999, 424/vgl. Abschnitt über Porphyrienstoffwechsel)

Hier kommt es zu Erythmen im Bereich der lichtexponierten Areale (Gesicht, Handrücken), teilweise mit Blasenbildung. (vgl. Rzany 1999, 424)

Ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und der PCT scheint erwiesen. (vgl. ebd., 429)

Psoriasis

Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass die Plaquepsoriasis (Schuppenflechte) besonders beim Mann mit starkem Trinken in Verbindung steht. (Higgins & du Vivier 1994 zit. n. Higgins & du Vivier 2000, 502)

Bei der Psoriasis handelt es sich um eine allgemein entzündliche Hauterkrankung, die sich durch scharf umgrenzte, entzündliche Rötungen und silbrige, schuppige Flecken auszeichnet. (vgl. Higgins & du Vivier 2000, 502)

Nummuläres Ekzem

Hier gibt es nur Hinweise auf eine Mitverursachung durch Alkoholkonsum. (vgl. Rzany 1999, 425) Das nummuläre Ekzem ist durch scharf begrenzte, münzartige, zumeist stark juckende, mit Schuppenkruste bedeckte Herde gekennzeichnet. (vgl. ebd.)

Rosazea, Rhinophym

Der Zusammenhang zwischen der Rosazea und dem Alkoholkonsum wird zwar beobachtet, ist aber durch Studien nicht eindeutig belegt. (vgl. ebd., 426)

Die Rosazea ist eine entzündliche, pustulöse Erkrankung des Gesichtes, die in einigen Fällen zu einem Rhinophym führt – einer Epidermis- und Talgdrüsenhyperplasie, die sich durch eine grobporige Haut, charakteristischerweise mit knollenartiger Verformung der Nase, auszeichnet. (vgl. ebd.)

Diskoides Ekzem

Das diskoide Ekzem wird in Verbindung mit Alkoholismus gebracht. (vgl. Higgins & du Vivier 1994 zit. n. Higgins & du Vivier 2000, 502) Dabei handelt es sich um scharf umgrenzte Plaques, die üblicherweise hochgradig infiziert sind und stark jucken. Meist ist dieses Ekzem an den Oberschenkeln von Männern zu beobachten. (vgl. Higgins & du Vivier 2000, 504)

Hautinfektionen

Eine Ursache für ein gehäuftes Auftreten von Hautkrankheiten bei Alkoholismus ist die verminderte T-Zellen-Antwort auf bakterielle und mykologische (pilzbedingte) Infektionen. (vgl. Rzany 1999, 429/vgl. Abschnitt über Blut und Immunologie)

Bei Alkoholikern wurden gehäuft Erysipale gefunden. (vgl. Rzany 1999, 425) „Erysipale sind zumeist durch Streptokokken induzierte tiefe Gewebeentzündungen, die durch ein einseitiges Erythem (entzündliche Rötung) mit Überwärmung und Schwellung, vergrößerten Lymphknoten sowie Fieber mit Schüttelfrost gekennzeichnet sind.“ (ebd.)

Häufig treten auch mykotische Infektionen von Haut und Nägeln auf, wie zum Beispiel Dermatomykosen. (vgl. ebd.)

Sexuell übertragbare Krankheiten

Das Risiko, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anzustecken, wird durch Alkoholismus erhöht, zum Beispiel durch den Papillomavirus (HPV). (Rzany 1999, 426) Diese Krankheit äußert sich vor allem durch erythematöse, papulöse Hautveränderungen (condylomata acuminata) in Schleimhautregionen. (vgl. ebd.)

Maligne Hauterkrankungen

Es konnte bisher kein Zusammenhang zwischen Hautkrebs und Alkoholismus festgestellt werden. (vgl. Rzany 1999, 427)

8.4.4.6 Alkohol und Krebs

Um verstehen zu können, wie Krebs entsteht, sei darauf hingewiesen, dass ständig im Körper Zellteilungen stattfinden, um das vorhandene Gewebe zu erneuern, da sich bis auf Nerven- und Muskelzellen alle Gewebe in einem ständigen Umbruch (Absterben und Neubildung) befinden. Man kann davon ausgehen, dass der Körper viele Milliarden bis Billionen Zellen pro Tag neu heranbildet. (vgl. Schäffler & Menche 1999, 72)

Bei jeder Zellteilung ist es erforderlich, dass aus der sich teilenden Zelle zwei völlig identische Tochterzellen werden. Dazu muss auch die gesamte genetische Information verdoppelt werden, ohne dass dabei Fehler passieren dürfen. Es kommt immer wieder vor, dass Fehler bei der Verdoppelung von Zellen entstehen und so auch spontan Krebszellen gebildet werden. In der Regel repariert der Körper solche Pannen über sein Immunsystem. (vgl. ebd.)

Werden Zellen durch krebserzeugende Substanzen geschädigt, kommt es zu Fehlern im Erbgut, der so genannten DNA. Die Zellen entarten, d. h. sie sind in ihrem Aufbau und ihrer Funktion nicht mehr identisch mit dem Muttergewebe. In der Regel kommt es dann auch zu einer ungesteuerten Zellteilung und damit zu einem ungesteuerten Wachstum (Tumor). (vgl. ebd.)

In den einzelnen Kapiteln zu den jeweiligen Organen wurde bereits auf das Krebsrisiko hingewiesen.

Zusammenfassend sollen noch einmal die betroffenen Bereiche aufgezeigt werden.

So besteht eine durch Fallstudien gesicherte Assoziation zwischen jahrelangem Alkoholkonsum und erhöhtem Krebsrisiko im Bereich vieler Organe:

- Mundhöhle
- Pharynx (Rachen)
- Larynx (Kehlkopf)
- Ösophagus
- Kolon
- Rektum
- Leber

- Brustkrebs (vgl. Teschke 1999, 361)

Keine gesicherten Beziehungen bestehen zwischen Alkoholismus und bösartigen Tumoren von Magen, Dünndarm, Pankreas, Lunge, Schilddrüse, Haut, Prostata und Harnblase. (vgl. ebd.)

Rauchen: Bei zahlreichen Tumoren wirkt Rauchen potenzierend als Risikofaktor für die Krebsentstehung. (vgl. ebd.)

Alkohol selbst ist nicht karzinogen, auf Grund seiner einfachen chemischen Struktur und einer fehlenden kovalenten Bindungsmöglichkeit an DNS. (vgl. ebd., 361) Jedoch führt die Verstoffwechselung von Alkohol zu toxischen Substanzen. Hier spielen vor allem das Azetaldehyd und freie Radikale eine entscheidende Rolle. (vgl. Homann 2000, 397) Diese hoch toxischen Substanzen werden an verschiedene Zellbestandteile gebunden, insbesondere an die DNS. „Azetaldehyd interferiert und hemmt die DNS-Reparatur und vermindert die Methylierung der Cytosinbasen innerhalb der DNS. Es bindet außerdem Glutathion, ein wichtiges Peptid der Zelle für Zellentgiftungsprozesse. Des Weiteren führt es zu chromosomalen Schädigungen und induziert Zellschäden mit einer nachfolgenden überschießenden Zellregeneration.“ (ebd.)

Ferner spielen weitere Prokarzinogene (werden durch Verstoffwechselung zu Karzinogenen), Karzinogene, die ebenfalls die DNS beeinflussen können, eine Rolle. (vgl. Teschke 1999, 361) Diese werden von außen mittels Tabakgebrauch, Nahrungsmitteln und alkoholischen Getränken zugeführt. (vgl. ebd.) Weitere krebserzeugende Einflussfaktoren sind alkoholbedingte Enzyminduktionen, Mangelernährung, Virusinfektionen und Beeinträchtigungen des Immunsystems. (vgl. ebd.) Ein wichtiges Enzym ist zum Beispiel das Cytochrom P-450 2E1, das beim Abbau von Alkohol über das mikrosomale ethanoloxidierende System MEOS in der Leber mitwirkt und vermehrt toxische Radikale bildet. (vgl. Homann 2000, 406)

Des Weiteren ist anzunehmen, dass die Schleimhautschäden durch den Alkoholkonsum eine gesteigerte Aufnahme von karzinogenen Substanzen bewirken können, wodurch die Tumorentstehung an bestimmten Stellen begünstigt werden kann. (vgl. Teschke 1999, 361)

8.4.4.7 Die Auswirkungen von Alkohol auf die Knochen

Alkoholismus hat eine Auswirkung auf den Knochenstoffwechsel. (vgl. Preedy & Moniz 2000, 492) Es kann zur Osteoporose mit verminderter Trabekel- und Kompaktmasse kommen. Dabei wirkt das Azetaldehyd direkt auf die Osteoblasten und Osteoklasten (Knochenzellen). (vgl. ebd.) Aber auch die Beeinflussung des Kalzium-, Magnesium-, Vitamin-D- und Parathormon-Stoffwechsels spielt eine Rolle. Des Weiteren können Änderungen im gonadalen und cortikalen Hormonsystem den Knochenstoffwechsel beeinflussen. (vgl. ebd.) Bei Abstinenz sind die Alkoholeffekte auf die Knochen reversibel. (vgl. ebd.)

8.4.4.8 Störungen des Muskelsystems

Die alkoholtoxische Wirkung auf das Muskelsystem führt zu Myopathien, die schätzungsweise bei einem bis zwei Drittel der chronischen Alkoholiker vorkommen. (vgl. Faris et al. 1967) Die Patienten verlieren bis zu 30% ihrer Muskulatur. (vgl. Preedy & Peters 2000, 477) Zu den Symptomen zählen Muskelschwäche, Koordinationsschwierigkeiten beim Gehen, eingeschränkte Beweglichkeit, häufige Stürze und Krämpfe. (vgl. ebd.) Es können aber auch die Herz-, Magen- und Darmmuskulatur betroffen sein. (vgl. ebd.) Feuerlein unterscheidet zwischen einer rasch eintretenden akuten Form der Myopathie und einer langsam voranschreitenden chronischen Myopathie. (vgl. Feuerlein 1998, 164)

Eine Sonderform stellt die Rhabdomyolyse dar, die häufig als Komplikation eines Alkoholdelirs auftritt. (vgl. ebd., 165) Klinisch zeigt sich eine Myoglobinurie, die zu Nierenversagen, Ateminsuffizienz und irreversiblen Schock führen kann. Zusätzlich können Muskelschmerzen und -schwellungen auftreten. (vgl. ebd.)

8.4.5 Zusammenfassung

Wir haben gesehen, dass Alkohol nahezu jedes Organ des menschlichen Körpers in erheblichem Maße schädigen kann. Einige Auswirkungen, wie zum Beispiel der Feminismus beim Mann oder in schweren Fällen Krebserkrankungen, können natürlich einen erheblichen Einfluss auf das Erleben der betroffenen Menschen nehmen. Insbesondere in der stationären soziotherapeutischen Arbeit haben wir es immer wieder mit sehr schweren körperlichen Erkrankungsbildern zu tun.

Zusätzlich treten aber meist auch immer erhebliche kognitive Einbußen bis hin zu starken Persönlichkeitsveränderungen auf. Das wird im folgenden Kapitel ausführlich beschrieben.

8.5 Kognitive Folgeschäden

Chronischer Alkoholismus führt zu zerebralen Dysfunktionen in den Bereichen Gedächtnis, Abstraktion und Problemlösen (verbal und nichtverbal), der räumlichen Wahrnehmung, der perzeptuellen und motorischen Reaktionsschnelligkeit, sowie der allgemeinen Schnelligkeit der Informationsverarbeitung. (vgl. Parsons & Nixon, 121 ff. ; Steingass 1994, 88, 217)

In standardisierten Intelligenztests mit chronischen Alkoholikern konnte in den meisten Studien bei den Gesamtscores keine Minderleistung festgestellt werden. (vgl. z.B. Goldstein & Shelly 1971) Man konnte jedoch in einigen Untersuchungen schlechtere Teilleistungen im mehr räumlich-visuellen, rechtshemisphärischen Handlungsteil bei unbeeinträchtigtem Verbalteil feststellen. (vgl. z.B. ebd.)

Im Bereich der Lern- und Gedächtnisfunktionen fand Steingass in einer Untersuchung Beeinträchtigungen von Kurzzeitgedächtnisfunktionen. Die Wiedererkennungslleistung war bei den Gedächtnistests besser als die Reproduktionsleistung, was auf eine intakte Informationsaufnahme und Informationsspeicherungsprozesse sowie auf eine gestörte Abruffunktion schließen lässt. (vgl. Steingass 1994, 218) In dieser Untersuchung wurden auch reduzierte Leistungen im Bereich der Intelligenz festgestellt, sowie Beeinträchtigungen der Frontalhirnfunktionen. Es wird ein Zusammenhang zwischen Lern- und Gedächtnisfunktionen, Intelligenz und Frontalhirnfunktionen angenommen. (vgl. ebd.)

Zur Erfassung von Frontalhirnschädigungen wurde der WCST (Wisconsin Card Sorting Test), zur Erfassung der Beeinträchtigungen der Intelligenz der WIP (reduzierter Wechsler Intelligenztest für psychisch Kranke), zur Schätzung der prämorbid Intelligenz der MWT-B (Mehrfachwahl-Wortschatztest), zur Erfassung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen der SKT (Syndromkurztest) verwendet. (vgl. Steingass 1994, 120 ff.)

Im Folgenden geht es zunächst um allgemeine kognitive Funktionen.

8.5.1 Neuronale und neuroanatomische Grundlagen kognitiver Prozesse

Zur Erklärung kurzfristiger Gedächtnisleistungen hat man das ‚Modell der Rückkopplungsschleifen‘ entwickelt. (vgl. Müller & Pilzecker 1900) Dabei entstehen bei der Informationsverarbeitung im Gehirn zwischen den einzelnen Neuronen neue Verbindungsmuster in Form von geschlossenen Erregungskreisen. Hebb beschreibt einen Mechanismus, der die Stärke der synaptischen Verschaltungen beeinflusst, um überdauernde Veränderungen in den Erregungsmustern der neuronalen Netze auszulösen. (Hebb 1949, 107 f.) Dadurch kommt es nach dem Verschwinden des ursprünglich auslösenden Reizes zu anhaltender, selbsttätiger und zirkulärer elektrophysiologischer Exzitation der Neuronenkette, bei der das zuletzt ausgelöste Neuron das erste neu erregt. So entstehen Gedächtnisspuren. Ein derartiger Prozeß wurde erstmals im Hippocampus, also einer Hirnregion mit zentraler Bedeutung für die Gedächtnisprozesse, identifiziert. (vgl. Bliss und Colingridge 1993)

Wenn diese Zunahme synaptischer Verbindungsstärken über mehrere Stunden dauert, dann wird von ‚long-term potentiation‘ (LTP) gesprochen. (vgl.ebd.) Dabei spielen exzitatorisch innervierte glutamaterge NMDA-Rezeptoren eine wichtige Rolle. (vgl.ebd.)

An der Speicherung von Gedächtnisinhalten ist aber auch noch das dopaminerge System mit den DA-D1 Rezeptoren beteiligt. Erst die synaptische Integration von dopamin- und glutamerg vermittelten Signalen führen zur Rekonfiguration neuronaler Netzwerke und schließlich zur Bildung von Gedächtnisinhalten. (vgl. Wrase et al. 2007, 123)

Steingass fasst interzelluläre Mechanismen, die notwendig sind, um Informationen längerfristig zu behalten, von verschiedenen Autoren zusammen: Voraussetzung für Lernen und Gedächtnistätigkeit ist dabei grundsätzlich die Modifizierbarkeit und Plastizität neuronaler Strukturen, die sich vor allem in der Ausbildung der Nervenverbindungen, Verzweigungen und Verdickungen der Dendriten, der Vermehrung der Synapsen, der Größenzunahme von Zellen, Dendriten und Axonen manifestiert. (vgl. Steingass 1994, 28) Intrazellulär kommt es zu reizabhängigen Veränderungen der Basenzusammensetzung neuronaler Ribonucleinsäuren. (vgl. ebd.)

8.5.2 Das autobiographische Gedächtnis

Da in dieser Arbeit später autobiographische Erzählungen betrachtet werden, soll in Zusammenhang mit neuronalen Grundlagen kurz auf ein Modell von Markowitsch eingegangen werden, der speziell das autobiographische Gedächtnis beschrieben hat.

Markowitsch unterscheidet zwischen fünf hierarchisch gegliederten Gedächtnissystemen: das episodische (-autobiographische), das semantische (,Weltwissen'), das perzeptuelle, Priming und das prozedurale Gedächtnis. An der Spitze dieser Hierarchie steht das episodische Gedächtnis. (vgl. Markowitsch 2005, zit. n. Labudda / Brand, 269)

Das episodische Gedächtnis bildet die Basis dafür, „...dass einzelne Zusammenhänge aus unserer Vergangenheit und unserem biographischen Erleben als lebensgeschichtliche, als meine Vergangenheit konstruiert werden können.“ (Welzer 2005, 24)

„Im Prozeß der Einspeicherung durchläuft die episodische, selbstbezogene Information das semantische Gedächtnissystem; die Gedächtnisinhalte können aber unabhängig voneinander aus den Systemen abgerufen werden.“ (Welzer 2005, 105)

Welzer weist darauf hin, dass „...unsere lebensgeschichtliche Erinnerung, also das, was wir für die ureigensten Kernbestandteile unserer Autobiographie halten, gar nicht zwingend auf eigene Erlebnisse zurückgehen müssen, sondern oft aus ganz anderen Quellen, aus Büchern, Filmen und Erzählungen etwa, in die eigene Lebensgeschichtliche importiert werden.“ (ebd., 12)

„Insgesamt muß man wohl zusammenfassen, dass die scheinbar unmittelbare Erinnerung an biographische Erlebnisse und Ereignisse als Produkt subtiler Interaktionen all jener Prozesse zu verstehen ist, die am Werke sind, wenn unser Gehirn Erinnerungsarbeit leistet: Interaktionen also zwischen den Erinnerungsspuren an Ereignisse, dem Wiedererwecken von Emotionen, dem Import fremder Erinnerung, affektiven Kongruenzen und ganz generell den sozialen Umständen der Situation, in denen über Vergangenes erzählt wird.“ (vgl. Schacter 1996, zit. n. Welzer 2005, 40)

Welzer spricht von einem kommunikativen Gedächtnis, das eine Dialektik beinhaltet von Individualität und Sozialität, von Geschichte und Privatisierung von Geschichte. (vgl. ebd. 236)

In Bezug auf dieses Gedächtnismodell von Markowitsch (2005) konnte gezeigt werden, dass Alkoholabhängige weniger spezifische episodisch-autobiographische Erinnerungen abrufen können als gesunde Kontrollpersonen. (vgl. z.B. Kopelman 1999) Das episodische Gedächtnis enthält Inhalte mit klarem Raum-, Zeit- und Situationsbezug, die häufig emotional gefärbt sind, dazu zählt auch die eigene Biographie. (vgl. ebd.)

8.5.3 Störungen neuronaler und biochemischer Prozesse

Im obigen Abschnitt wurde gezeigt, dass biochemische Prozesse die Gedächtnisleistung beeinflussen. Bei Korsakow-Patienten (Krankheitsbild mit schweren Gedächtnisbeeinträchtigungen) werden von einigen Autoren die Ursachen ihrer Störungen auf eine mangelnde Katecholamin-Biosynthese zurückgeführt. (vgl. Mair, McEntee 1990) So sind Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin auch für Gedächtnisprobleme des normalen Alters verantwortlich. (vgl. Hasker & Roitblat, 1984) Substanzen, die die Katecholaminaktivität erhöhen, erleichtern Lern- und Gedächtnistätigkeiten, während solche, die die Aktivität hemmen, Lern- und Gedächtnistätigkeit unterbrechen. (vgl. Weingartner 1984, 203 f.)

Andere Autoren machen eine durch Thiamindefizit bedingte Schädigung cholinergischer Nervenzellen und deren Transmittersubstanz Acetylcholin als Hauptursache für das Korsakow-Syndrom verantwortlich. (Gibson, Barclay & Blass 1982)

Die exzitatorisch wirkende Transmittersubstanz Acetylcholin scheint eine unbedingte Voraussetzung für Gedächtnisleistung zu sein.

Eine weitere Substanz, die an Gedächtnisprozessen beteiligt ist, ist GABA (γ -Aminobuttersäure). Diese inhibitorisch wirkende Transmittersubstanz findet sich in den Synapsen des Hippocampus, der Basalganglien sowie im Kortex und erlangt ihre Bedeutung in Zusammenhang mit der Kontrolle von Perzeptionen. (vgl. Rahmen & Rahmen 1998)

Die Neurotransmitter Glutamat und GABA sind entscheidend an der schnellen Informationsverarbeitung im Kortex und in subkortikalen Arealen beteiligt. (vgl. Heinz, Batra 2003, 26) Vor allem die NMDA-Rezeptoren, die an der glutamatergen Neurotransmission beteiligt sind. Durch exzessiven Alkoholkonsum kommt es zu einer verminderten glutamatergen Neurotransmission an den NMDA-Rezeptoren und damit auch zu einer verminderten Ausbildung der ‚long-term potentiation‘, was eine Ursache für Gedächtnisstörungen sein könnte. (vgl. Tsai et al. 1995) Bei chronischem Konsum kommt es zu einer Gegenregulation, wobei die Zahl der NMDA-Rezeptoren erhöht wird. Wenn nun Alkohol plötzlich abgesetzt wird, kann es zu überschießenden NMDA-vermittelten Kalziumeinströmen und damit zu neurotoxischen Zellschädigungen kommen. (vgl. ebd.) Außerdem kann die glutamaterge Aktivierung weitere Neurotransmittersysteme, wie etwa das dopaminerge System, beeinflussen. (vgl. Heinz, Batra 2003, 34)

Biochemisch kommt es insgesamt zu komplexen Veränderungen: Neurotransmittersysteme (siehe Kapitel über Ursachen), Rezeptorproteine sowie Zellmembranen werden beeinflusst.

(vgl. Feuerlein et al. 1998, 33) Insbesondere greift Alkohol an einem aus Polypeptidketten bestehenden ‚makromolekularen Komplex‘ an, der den GABA (a)-Rezeptor, den Chloridionenkanal und den Benzodiazepinrezeptor umfasst. (vgl. Littleton 1998)

Des Weiteren werden die Lipidzusammensetzung der neuronalen Zellmembran und membrangebundene Proteine verändert. So kommt es durch Alkoholkonsum zu einer Reduktion des spannungsabhängigen Ca^{2+} -Einstroms sowie des Na^{+} -Einstroms in die Zellen und zu einer konzentrationsabhängigen Reduktion der Aktivität der membrangebundenen Na^{+} - und K^{+} -Ionen sowie der ATPase. Auch die intrazellulären Second-messenger-Systeme (z.B. Adenylatcyclase, Cyclo-AMP = cAMP) werden beeinflusst. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 34; vgl. Ollat et al. 1988)

8.5.4 Hirnorganische Schädigungen durch chronischen Alkoholkonsum

Hirnatrophie und ihre psychopathologischen Korrelate

Chronischer Alkoholismus führt zu zahlreichen morphologischen und funktionellen Veränderungen des Gehirns, welche auch häufig psychische Veränderungen bewirken. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 165)

Eine der wichtigsten Folgeschäden des Alkoholkonsums ist die alkoholassoziierte Hirnatrophie. Etwa 50% bis 70% aller Alkoholabhängigen weisen zerebrale Störungen auf. (vgl. Batra 2003,)

Als diagnostische Messverfahren werden bildgebende Methoden verwendet, z.B. die Computertomographie oder die Magnetresonanztomographie. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 33)

Man findet eine Schädigung der periventrikulären Graus, dazu gehört die Erweiterung der Ventrikel, vor allem sind die Strukturen um den dritten Ventrikel, den Aquädukt und den Boden des vierten Ventrikels betroffen. Des Weiteren ist eine Sulcusverbreiterung zu finden. (vgl. Carlen et al., 1978 ; Feuerlein et al. 1998, 33)

Mit Sulci sind tiefe Furchen im Gehirn gemeint. (Schäffler A, Menche N. 1999, 187) Ventrikel sind Hohlräume des Gehirns. (vgl. ebd. 208) Carlen et al. zeigen dies anhand von Aufnahmen mittels kranialer Computertomographie, bei denen Gehirne von chronischen Alkoholikern abgebildet wurden.

Die alkoholassoziierte Hirnatrophie ist im Bereich der grauen und weißen Substanz des Frontalhirns besonders ausgeprägt. (vgl. Kril et al., 1997)

Weitere Schädigungen findet man im anterioren Hippocampus und im Kleinhirn. Im Cerebellum (Kleinhirn) sind vor allem die Purkinje- und Körnerzellen betroffen. (vgl. Sullivan et al., 1995; Feuerlein et al. 1998, 33)

Als Ausdruck einer sekundären Degeneration der Axone (Nervenäste) finden sich Schädigungen der weißen Substanz. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 33)

Pfefferbaum beschreibt in einer Studie auch einen vermehrten Verlust der grauen Substanz im vorderen oberen Temporallappen. (Pfefferbaum et al. 1998, 905 f.) Dabei wurden Gehirne alkoholabhängiger Patienten über einen Zeitraum von 5 Jahren mittels Magnetresonanztomographie beobachtet und mit einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. (vgl. ebd.)

Auch das limbische System ist bei Alkoholikern beeinträchtigt. Die Autopsiebefunde von 43 verstorbenen Patienten mit der Diagnose ‚Wernicke-Korsakow-Syndrom‘ zeigte eine bilaterale Verfärbung und Degeneration der Mamillarkörper, sowie teils auch eine Schrumpfung und einen Gewebsuntergang der dorsomedialen Thalamuskern. (vgl. Victor et al. 1971, 72 ff.) Die Autoren machen diese Veränderungen für die Gedächtnisstörungen des anamnestischen Syndroms verantwortlich.

Ferner können auch Hippocampus, Fornix und Mandelkerne (Amygdala) durch Alkohol beschädigt sein. (vgl. ebd.)

Mikroskopisch finden sich uncharakteristische Veränderungen sowie Schrumpfungen der Nervenzellen, Markscheidenzerfall und Gliawucherungen. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 166)

Außerdem kommt es auch zu einer Reduktion der Durchblutung im ZNS, insbesondere in der Temporalregion und den frontalen Anteilen. (vgl. ebd., 167)

Die Schädigungen gehen auch mit einer Vergrößerung der intra- und extraventrikulären Liquorräume (Gehirnflüssigkeit) einher. (vgl. ebd.)

Einige Autoren nehmen auch ein hirnanatomisch asymmetrisches Schädigungsmuster an (sprachlich versus räumlich-visuell bzw. die linke versus die rechte Hemisphäre). (vgl. Glosser et al. 1977)

Das limbische System und das Frontalhirn sind in besonderer Weise von den hirnatrophischen Veränderungen betroffen. Deswegen folgt als nächster Punkt eine kurze Darstellung wichtiger limbischer Funktionen und deren Auswirkungen, die sich vor allem im Wernicke-Korsakow-Syndrom bemerkbar machen. Danach folgt eine Darstellung der Frontalhirnschäden.

Die normale Funktion des limbischen Systems

Das limbische System ist eine funktionelle Einheit, die aus Strukturen des Großhirns, des Zwischenhirns und des Mittelhirns gebildet wird. Dazu gehören die Mandelkerne (Corpus amygdaloideum), der Hippocampus (Ammonshorn), Teile des Hypothalamus, die Mamillarkörper, die über eine Faserbahn, den Fornix, Signale vom Hippocampus erhalten. Es ist ein entwicklungsgeschichtlich sehr altes System und spielt eine führende Rolle bei der Entstehung von Gefühlen (etwa Furcht, Wut, sexuelle Wünsche) sowie den damit unter Umständen verbundenen vegetativen Reaktionen und Verhaltensweisen. (vgl. Schäffler A,

Menche N. 1999, 191) Über den Hypothalamus wird auch das endokrine System beeinflusst. (vgl. ebd.)

Ein wesentlicher Bestandteil des limbischen Systems ist der PAPEZ-Kreis, dem wichtige Funktionen bei der Entstehung von Emotionen zugeschrieben werden. Er besteht aus dem Hippocampus, der mit dem lateralen Kern der Amygdala durch den Fornix verbunden ist. Vom Mamillarkörper zieht der Tractus mamillo-thalami zum Nucleus anterior thalami. Von diesem vorderen Thalamuskern breiten sich Projektionsfasern, Gyrus cinguli, aus. Dieser ist wiederum mit dem Hippocampus verbunden. (vgl. Sinz 1978, 79) Die wichtigsten Funktionen des limbischen Systems sind:

- Aufrechterhaltung der Homöostase von Funktionssystemen (Isohydrie, Isoionie, Isothermie usw.) auf Grund vegetativ-endokriner Regulation
- Zeitliche Regulation und Koordination von Körperrhythmen, wie z.B. Wach-Schlaf-Zyklus
- Antriebs- und Appetenzregulation (Suchverhalten), Verhaltensorganisation
- Motivational-emotionale Bewertungsfunktion
- Informationsselektion und Speichereingabe (Orientierungs- und Gedächtnisfunktion)
- Riechfunktion. (vgl. Sinz 1978, 82)

Die Antriebsstrukturen sind als spontane, aktive Funktionen im limbischen System fest verdrahtet. Das Individuum kann sich ohne Auslösereize auf Grund endogener Antriebssteigerung selbst aktivieren. (vgl. ebd. 83)

Es gibt vielfältige Verbindung zu anderen Hirnarealen. So bestehen extensive Verbindungen mit dem Neokortex, vor allem zum orbitalen präfrontalen Kortex und Temporalpol. (vgl. Birbauer/Schmidt 1996, 464) Der präfrontale Kortex erhält Afferenzen vom Thalamuskern, der in reziproker Verbindung mit dem Gyrus cinguli, dem Hypothalamus, der Amygdala und dem Hippocampus steht. (vgl. Sinz 1978, 118) Deswegen kann man den präfrontalen Kortex auch als neokortikalen Teil des limbischen Systems ansehen. (vgl. ebd.)

Vor allem beim Wernicke-Korsakow-Syndrom werden die Folgen der Störung dieser Hirnregionen beschrieben.

8.5.5 Wernicke-Korsakow-Syndrom

Die Wernicke Polioencephalitis haemorrhagica superior wurde nach ihrem Entdecker, Karl Wernicke (1848-1905), benannt. (Feuerlein et. al. 1998, 167) In der Literatur findet man das Wernicke-Korsakow-Syndrom teils als je eigenständige Krankheit. Victor weist darauf hin, dass die Wernicke-Krankheit und die Korsakow-Psychose keine getrennten Krankheiten sind, sondern verschiedene Stadien der gleichen Krankheit. (vgl. Victor et al. 1971, 16) „Hence this symptom complex should be called Wernicke`s disease with or without Korsakoff`s psychosis or the Wernicke-Korsakoff syndrome in patients with both components of the disease.” (ebd.)

Epidemiologisch sind ca. 3% bis 5% der alkoholabhängigen Patienten betroffen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 167)

Ursache für die Wernicke-Enzephalopathie ist ein Mangel an Vitamin B1 (Thiamin). (vgl. ebd.) Das Vitamin B1 ist wichtig für die Nerventätigkeit. Es hat einen Einfluss auf den Kohlenhydratstoffwechsel und auf die Synthese des Acetylcholins. Ein Mangel an Vitamin B1 äußert sich in verminderter Leistungsfähigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Muskelschwund bis hin zu Polyneuropathien. (Schäffler A, Menche N. 1999, 362) Ferner dürften aber auch genetisch determinierte Unterschiede des Thiaminstoffwechsels eine Rolle spielen. (vgl. Nixon 1984)

Aber auch eine gestörte Leberfunktion, die intrazelluläre Magnesiumkonzentration und Alkohol selbst beeinflussen den Thiaminstoffwechsel. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 169)

Jedoch ist der genaue Mechanismus, über den der Thiaminstoffwechsel funktioniert, der neurologische Störungen verursacht, bisher nicht genau bekannt. (vgl. Gass & Hennerici 1999, 463)

Auf neurobiologischer Ebene sind vermutlich die glutamatergen NMDA-Rezeptoren für die Entwicklung von Zelluntergängen mitverantwortlich. (vgl. Tsai et. al., 1995)

Neuropathologische Befunde zeigen Demyelinisierung (Entmarkung), gliale (Hüll- und Stützgewebe des Nervensystems) und vaskuläre Proliferationen (Wucherungen), zum Teil auch Läsionen und Nekrosen. (vgl. Gass & Hennerici 1999, 463) Dies betrifft vor allem die graue Substanz des Thalamus, Hypothalamus, Hirnstamm und Kleinhirn. (vgl. ebd.)

Symptome:

Am Beginn der Krankheit stehen oft neurologische Störungen, die durch eine Symptomtrias von Ophthalmoplegie (Lähmung der Augenmuskulatur), Ataxie (Geh- und Standunsicherheit) und Bewusstseinsstörungen gekennzeichnet ist. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 167)

Die Symptome im Einzelnen:

- Am häufigsten findet man einen Nystagmus (unwillkürliches Augenzittern), der nahezu immer eine horizontale Komponente (horizontaler Blickrichtungsnystagmus) aufweist. Auch horizontale und vertikale Blickparesen (Augenmuskellähmung) findet man oft. Dies kann zu Doppeltsehen führen.
- Desorientiertheit
- Reflexstörungen
- Vigilanzminderung (Wachheitsminderung) mit Apathie oder Somnolenz,
- Rumpf-, Stand- und Gang-Ataxie,
- Störungen der Feinmotorik/Koordination mit Dysdiadochokinese (Drehbewegung der Hand wie wenn man eine Glühbirne eindreht)
- Dysarthrie (Sprechstörungen),
- Dysphagie (Schluckstörungen),
- Insomnie (Schlafstörungen).
- Wenn der Hypothalamus beteiligt ist, können vegetative Störungen wie Hypotonie, Hypothermie (verminderte Körpertemperatur) und Hyperhidrose (vermehrte Schweißbildung) entstehen.
- Viele Patienten zeigen auch die Symptome einer Polyneuropathie. (vgl. Victor et al.1971, 18ff.)

Die Diagnose der Wernicke-Enzephalopathie wird auf Grund der Untersuchungsbefunde und der Besserung auf Thiamingabe gestellt.(vgl. Gass & Hennerici 1999, 463) Durch Thiamingabe können sich Augenmuskel- und Blickparesen innerhalb von Stunden bis Tagen bessern. (vgl. Victor et al. 1989,) Nystagmus, Gangataxie und Desorientiertheit benötigen zumeist Tage bis Wochen zur Besserung. (vgl. ebd.) Bei der Hälfte der Patienten bleiben die Symptome jedoch langfristig bestehen. (vgl. ebd.)

Die erste Veröffentlichung über die Korsakow-Psychose erschien im Jahr 1887 vom russischen Neurologen S.S. Korskow (1853 –1900). (vgl. Victor et al. 1971, 4) Hier kommt zu den Wernicke-Symptomen vor allem die Gedächtnisproblematik hinzu. Die meisten Patienten mit Korsakow-Psychose haben auch die Wernicke-Symptome. So weist Victor in seiner Untersuchung von 245 Patienten darauf hin, dass davon nur 9 die Korsakow-Symptome hatten und gleichzeitig *keine* Wernicke Symptome wie Störungen der Augenbewegung und Ataxie. (vgl. Victor et al. 1971, 16)

Hirnorganisch findet man bei diesem Störungsbild Läsionen im limbischen System, hier vor allem auch in Bereichen, die am Funktionieren des Gedächtnisses beteiligt sind: Hippokampus, Mamillarkörper, Mandelkerne, Thalamus. (vgl. Victor et al. 1971, 73/84) Aber auch Läsionen des Vorderlappens, des Kleinhirns und Vorderhirns sind auffindbar. (vgl. Butters u. Granholm 1984)

So gehören zu den Symptomen

- Gedächtnisstörungen in den Bereichen:
 - Störung des Kurzzeitgedächtnisses (vermindertes Lernen von neuem Material) in einem das tägliche Leben beeinträchtigenden Ausmaß (anterograde Amnesie)
 - Verminderte Fähigkeit, sich an vergangene Ereignisse zu erinnern (retrograde Amnesie)
 - Störung des Immediatgedächtnisses
 - Bewusstseinsstörung (Trübung), d.h. verminderte Klarheit in der Umgebungswahrnehmung, mit einer reduzierten Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, aufrecht zu erhalten und umzustellen (vgl. Dilling et al. 2004, 83)
 - Relativ geringe, aber eindeutige Verschlechterung des Perzeptionsvermögens und der Auffassungsfähigkeit
 - Verminderung der Spontanität und Initiative. Konfabulationen kommen nicht regelmäßig vor, hin und wieder können sie aber als Frühsymptome wegweisend sein
 - Es können auch dementielle Störungen mit Apathie und Teilnahmslosigkeit auftreten. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 168)

Typischerweise sind die Patienten desorientiert und kennen vor allem am Anfang des stationären Aufenthalts ihre Zimmernummer, das Stockwerk, ihre Verweildauer im Krankenhaus und ihre letzte Mahlzeit nicht. Jedoch können Teile des Altgedächtnisses wiedergegeben werden. Dabei sind sich die Patienten ihrer Defizite nicht bewusst, und es finden sich häufig Konfabulationen. (vgl. Victor et al. 1971, 48 ff.)

Differentialdiagnostisch muss natürlich immer Vitamin-B-Mangel anderer Genese in Betracht gezogen werden, z.B. durch Karzinome. (vgl. ebd.)

Neurophysiologisch findet man bei Hirndurchblutungsmessungen überwiegend eine zerebrale Zirkulationsverlangsamung. (Hunter et. al., 1989) Im EEG findet man teilweise leicht- bis hochgradige Verlangsamungen. (vgl. Victor 1992)

8.5.6 Frontalhirnatrophien

Anatomie und Normalfunktion des Frontalhirns:

Weitere hirnorganische Beeinträchtigungen findet man im Bereich des Frontalhirns, wie weiter oben bereits ausführlich beschrieben wurde. Die Folge sind relativ spezifische Störungen, die in diesem Abschnitt ausführlich beschrieben werden, da sie vor allem bei chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen häufig vorkommen.

Eine anatomische Klassifikation ist nach funktionellen Gesichtspunkten möglich: Demnach kann der frontale Kortex eingeteilt werden in *ein primäres motorisches Areal*, ein *prämotorisches* und ein *präfrontales Areal*. Der präfrontale Kortex lässt sich weiter in eine basale-mediale, eine dorsolaterale, eine mesiale und eine orbitale Region unterteilen. (vgl. Koch 1994, 15)

Verbindungen zu anderen kortikalen Arealen werden von Fuster zusammengefasst:

- Efferenzen zum Thalamus
- Zu kortikalen bzw. subkortikalen limbischen Formationen
- Zu neokortikalen sensorischen Anteilen
- Zu den Basalganglien bzw. anderen subkortikalen Strukturen, die mit der Bewegungskontrolle befasst sind. (Fuster 1980 z.n. Koch 1994)

Somit ist das Frontalhirn an willentlichen Bewegungsabläufen beteiligt, vor allem an der Feinabstimmung motorischer Akte. (vgl. Koch 1994, 20/21). Auf verschiedenen Ebenen spielt der präfrontale Kortex eine Rolle bei der Steuerung von Bewegungsabläufen. Die Feinmotorik der Hände, der Finger, die Gesichtsmotorik und Augenbewegungen werden beeinflusst. (vgl. Kolb & Whishaw 1990, 467)

Des Weiteren spielt es bei visuellen Wahrnehmungsfunktionen eine wichtige Rolle, speziell beim visuellen Suchen und bei visuell-räumlichen Funktionen.

Insgesamt werden dem Frontalhirn die höchsten Funktionen des Denkens zugeschrieben. Dazu gehören die Kontrolle und die Organisation des sozialen und ethischen Verhaltens sowie die Fähigkeit, intellektuelle Zusammenhänge zu erkennen. (vgl. Kolb & Wisshas 1990, 463) Dabei übt der präfrontale Kortex eine erlernte und willentliche Kontrolle über die angeborenen Antriebsstrukturen des limbischen Systems aus. (vgl. Sinz 1978, 118) Der

orbitale präfrontale Kortex wird mit der Persönlichkeit des Menschen in Verbindung gebracht. (vgl. Koch 1994, 61) Orbitale Strukturen stellen ein übergeordnetes System dar, welches komplexe soziale Verhaltensweisen ermöglicht. (vgl. Koch 1994)

Der dorsolaterale Bereich wird mehr mit intellektuellen Fähigkeiten, wie die logische, zusammenhängende Organisation mentaler Inhalte, oder die Generierung von Bedeutung aus Erlebnissen und Handlungsplanung, in Verbindung gebracht. Der mesiale Sektor ist zuständig für Affekte, Bewegungsantrieb und Kommunikation. (vgl. Koch 1994, 21)

Erwähnt werden sollte noch das Brocca-Zentrum, das vor allem auch an sprachlichen Funktionen beteiligt ist. (vgl. ebd.)

Symptome bei Frontalhirnatrophien

Läsionen des Frontalhirns können sehr unterschiedliche und widersprüchliche Symptome hervorrufen, die sowohl in ihrem Ausmaß als auch in ihrer Qualität inkonsistent sind. (vgl. Steingass 1994, 38) Kolb & Whishaw weisen darauf hin, dass trotz dieser Störungen keine reduzierten Leistungen bei Intelligenztests daraus resultieren müssen. (vgl. Kolb & Wish 1990, 466)

Carmon beschreibt typische Fehler, die bei neuropsychologischen Untersuchungen zu beobachten sind:

- Mangelhafte Umstellungsfähigkeit bzw. Perseveration vorausgegangener Handlungsschritte
- Mangelhaftes Lernen aus Fehlern
- Mangelhafte Entwicklung von Alternativplänen
- Kein zielgerichtetes Handeln
- Eingeschränkte Produktion von (Teil-)Lösungen
- Unzureichende Extraktion der relevanten Informationen
- Extraktion der relevanten Merkmale/Teilpläne ohne nachfolgende Handlungskonsequenz
- ‚Haften‘ an (irrelevanten) Details
- Regelverstöße
- Mangelhafte Koordination von Teilplänen
- Rasches Aufgeben bei Handlungsbarrieren
- Impulsives, vorschnelles Handeln
- Zunehmende Ungenauigkeit der Planung im Testverlauf

- Einsatz von planungsirrelevanten Routinehandlungen (Cramon 1988, 258)
- Unorganisiertes Handeln, keine Planungsvorbereitung
- Verlust der zeitlichen Dimension
- Hilfen und Warnzeichen werden übersehen
- Umständlich-weitschweifiger Ausdruck
- Vernachlässigung von Plausibilitätskontrollen. (Cramon 1988, 250-253)

Cramon zählt dazu wesentliche Elemente einer ‚Handlungsgrammatik‘ auf: Zielgerichtetheit, Handlungsentwurf, Veränderbarkeit von Plänen, Rückkopplung zwischen Planen und Handeln, Wissen des Handelnden. (vgl. ebd., 250) Auf einige oben aufgezählte Punkte soll noch etwas ausführlicher eingegangen werden, da sie zu einem besseren Verständnis typischer Denkfehler beitragen, die in der Praxis oft vorkommen.

Speziell bei der Zielgerichtetheit, dem vorgestellten Ziel einer Handlung, haben Patienten mit Frontalhirnschädigungen starke Probleme. Dabei ist vor allem ein Mangel an Interesse und Gleichgültigkeit, oder anders ausgedrückt der Verlust der motivationalen Bewusstseinslage als Ursache der Unfähigkeit zu kontinuierlicher („geistiger“) Anstrengung zu sehen. (vgl. ebd.) Allerdings sind einfache, alltägliche Handlungsziele leicht zu bewältigen. Dabei fällt auf, dass die Sequenzen, die kleinen Schritte, die zum Ziel hinführen, völlig außer Acht bleiben. (vgl. ebd.) Cramon bringt als Beispiel einen Patienten, der auf die Frage, was er sich für die Zeit nach seiner Entlassung vorgenommen habe, antwortet: „Es wäre schön, wenn ich wieder arbeiten könnte.“ Auf die Frage, wie der Weg dahin aussehen soll, gibt er die Antwort: „Irgendwie halt.“ (vgl. ebd.) In ähnlicher Weise erleben wir im Reha-Zentrum Oberpfalz immer wieder Bewohner oder Patienten, die einfach nur ‚hinaus wollen, das Haus verlassen wollen‘, jedoch ohne jegliche Vorbereitung und Planung. Auf die Nachfrage, wie sie sich das vorstellen, können viele keine angemessenen Antworten geben. Meist in ähnlicher Weise wie im Beispiel von Cramon, z.B. „Das geht schon irgendwie.“

Eine weitere Ursache für diese Planungsschwierigkeiten ist auch der Verlust der zeitlichen Dimension und damit verbunden oftmals die Unfähigkeit, längerfristig in die Zukunft zu planen und auf die Gegenwart fixiert zu sein. (vgl. ebd. 252)

In sehr schweren Fällen kann es vorkommen, dass sich Ziele und Pläne der Kranken nicht ausreichend auf die tatsächlich vorfindbaren Gegebenheiten beziehen. (ebd. 253) In Bezug auf die Rückkopplung von Planen und Handeln fehlt oft das Lernen aus Fehlern und damit eng verbunden die Vernachlässigung der Plausibilitätskontrollen. Als Beispiel erzählt Cramon von einem Patienten, der aus einer Tabelle die Postgebühren für einen Standardbrief in die USA

herausfinden soll. Er verfehlt die richtige Spalte (ein Fehler, der jedem passieren kann) und gibt aber die Gebühren mit 50 DM an. Er denkt also nicht darüber nach, ob der Brief wirklich so teuer sein kann. (vgl. ebd. 254)

Dabei ist davon auszugehen, dass es sich meist nicht nur um isolierte kortikale Läsionen einer frontalen Region handelt, sondern um eine begleitende Schädigung der Faserprojektionen zwischen den verschiedenen frontalen Regionen und ferner um eine Schädigung der Verbindung mit nichtfrontalen Strukturen. (vgl. ebd., 248)

Eine Schädigung des Frontallappens führt meist zu Persönlichkeits- und Wesensänderungen sowie zu Veränderungen des Sozialverhaltens: Häufig zeigt sich ein Verlust an Initiative, Spontanität und Antrieb, der sich in Gleichgültigkeit, Apathie, Lethargie, Verlangsamung und Trägheit äußert. Andererseits kann die Beeinträchtigung der Steuerungs- und Kontrollinstanzen aber auch zu Hyperaktivität, motorischer Unruhe, Euphorie, Impulsivität, albernem und läppischem Verhalten oder ‚Witzelsucht‘ führen. Das Sozialverhalten wirkt unangepasst, soziale Normen und Konventionen werden nicht beachtet, Betroffene wirken oft takt- und distanzlos. (vgl. Beaumont 1983, 62)

Stuss und Benson versuchten, die zahlreichen Symptome auf einige wenige Gemeinsamkeiten zurückzuführen. Dazu gehört der Mangel an Eigeninitiative und realer Selbsteinschätzung sowie ein Verlust an Impulskontrolle. (vgl. Stuss & Benson 1986, 121ff.)

Kolb & Wishaw haben auch sehr oft beobachtet, dass Patienten mit Frontalhirnstörungen Schwierigkeiten haben, morgens aus dem Bett zu kommen, sich anzuziehen und täglichen Verrichtungen nachzukommen. (vgl. Kolb & Wish 1990, 476)

Häufig zu beobachten ist auch die Anosodiaphorie („Nichtzugänglichkeit“): Die Patienten perzipieren emotional bedeutsames Material in normaler Weise. Es findet aber kein adäquater Austausch statt, und damit verbunden ist die nichtadäquate Bewertung der eigenen Erkrankung. (ebd.) Koch sieht diese mangelnde Einsichtsfähigkeit als ein wesentliches Merkmal nach Frontalhirnläsionen. (vgl. Koch 1994, 107)

Blumer und Benson unterscheiden zwischen einem pseudopsychopathischen (Plusvariante) Syndrom, für das sie eine frontorbitale Schädigung annehmen, und einem pseudodepressiven (Minusvariante) Syndrom, das sie auf eine frontodorsale Schädigung zurückführen. (vgl. Blumer und Benson 1975, 153)

Dem ersten Komplex ist vor allem Impulskontrolle, distanzlos-antisoziales und kindlich-kindisches Verhalten, motorische Unruhe, ungerichtetes Handeln und Verlust der ‚sozialen Intelligenz‘ zuzuordnen.

Die zweite Einteilung erinnert mehr an depressive Zustandsbilder. (ebd.)

Auf diesen Hintergrund bezieht sich auch folgende Auflistung von Symptomen. Auch hier gibt es die Unterscheidung zwischen einem *disinhibitorischen* und einem *depressiv-inhibitorischen Komplex*. (vgl. www.wikipedia.org/frontalhirnsyndrom)

Disinhibitorischer Symptomkomplex

- Motorisch
 - Hyperaktivität
 - Motorische Unruhe
 - Gesteigerte Sprechaktivität (Logorrhöe)
- Sensorisch
 - Halluzinationen
- Emotional-affektiv
 - Manische, euphorische Grundstimmung
 - Paranoide Wahnvorstellungen
 - Selbstüberschätzung
 - Größenwahn
 - Aggressionsausbrüche
 - Pathologisches Lachen und Weinen
- Behavioral
 - Hyperphagie
 - Orales Explorationsverhalten
 - Hypersexualität
 - Ungerichtete Aktivitätssteigerung
 - Distanzlosigkeit
 - Nichtbeachtung sozialer Konventionen
- Kognitiv
 - Verstärkte Ablenkbarkeit
 - Ideenflucht
 - Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörungen
- Biozyklisch

- Vermindertes Schlafbedürfnis

Depressiv-inhibitorischer Symptomkomplex

- Motorisch
 - Motorische Verlangsamung
 - Sprechverarmung
- Sensorisch
 - Mangelnde Reagibilität auf Umgebungsreize
- Emotional-affektiv
 - Depressive Grundstimmung
 - Geringes Selbstwertgefühl
 - Selbstablehnung
 - Gefühllosigkeit
- Behavioral
 - Appetit- und Gewichtsverlust
 - Energie- und Interessenverlust
 - Sozialer Rückzug
- Kognitiv
 - Entscheidungsunfähigkeit
 - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Biozyklisch
 - Schlafstörungen
 - Müdigkeit

(vgl. www.wikipedia.org/frontalhirnsyndrom)

In Bezug auf die Motorik kann auch die Feinmotorik der Finger beeinträchtigt sein. Oftmals sind Verlangsamung und Entkräftigung zu beobachten. (vgl. Kolb & Whishaw 1990, 467)

Auch das Sexualverhalten kann beeinträchtigt sein. So können Störungen des orbitofrontalen Kortex zu einer Enthemmung und zu einem abnormalen Verhalten führen, beispielsweise zu öffentlicher Masturbation. (vgl. ebd., 486) Eine Läsion des dorsolateralen Bereichs führt hingegen zu einer Reduktion des sexuellen Verlangens. (vgl. ebd.)

Die beschriebenen Beeinträchtigungen werden im Wesentlichen in den Internationalen Diagnoseklassifikationen unter der Diagnose *substanzbedingte Wesensänderung* beschrieben.

Ein gutes Beispiel für eine Persönlichkeitsveränderung ist Phineas Gage.

Phineas Gage war Eisenbahnbauarbeiter im Mittleren Westen der USA. Zum Zeitpunkt seines Unfalles war er gerade 25 Jahre alt und wurde von seinen Kollegen als zuverlässiger, sympathischer und beliebter Vorarbeiter geschätzt. Eine seiner verantwortungsvollen Aufgaben bestand darin, eine Trasse für eine neue Eisenbahnlinie durch die Berge zu sprengen. Dazu bohrte er Löcher in den Felsen, gab Schwarzpulver hinein, brachte Sand auf, stampfte dann alles mit einer Stahlstange fest, um dann die Sprengung auszulösen. An seinem Unglückstag, dem 13. September 1848, wurde Phineas Gage bei dieser Arbeit unterbrochen und abgelenkt. In dem Glauben, er habe bereits den Sand verfüllt, rammte er die ca. 1 m lange und 2,5 cm dicke Stange direkt auf den Sprengsatz. Die dadurch ausgelöste Explosion trieb die Stange wie ein Geschöß in die Höhe. Sie durchbohrte seine Wange unterhalb des Auges, durchschlug das Stirnhirn, schoss durch die Schädeldecke und flog noch einige Meter durch die Luft. Zur Verblüffung der Augenzeugen, die ihren Kollegen für tödlich verunglückt hielten, erhob sich Gage jedoch und redete, wenn auch benommen, mit seinen Helfern. Er konnte dem hinzugerufenen Arzt sogar den Unfallhergang schildern. Nach einigen Wochen hatte er sich von seinem Unfall erholt, er konnte, obwohl er bei dem Unfall ein Auge verloren hatte, mit dem anderen sehen wie zuvor, die übrigen Sinnesorgane waren ebenfalls intakt geblieben, weder Sprache noch Intelligenz oder Gedächtnis schienen merklich beeinträchtigt. Was seinen Charakter betraf, war er allerdings völlig verändert, ein anderer Mensch, nicht mehr der Gage, der er einmal war. Aus dem **früher höflichen, beliebten und umgänglichen Gage war ein ständig fluchender, reizbarer, aggressiver, jähzorniger, verantwortungs- und distanzloser Rüpel geworden**. Die nunmehr 150 Jahre alten Aufzeichnungen seines behandelnden Arztes Harlow beschreiben einige der möglichen charakteristischen Veränderungen, die bei Personen mit Läsionen des Frontalhirns beobachtet werden können. (vgl. Kolb & Wishshaw 1990, 483 f.)

Substanzbedingte Persönlichkeitsveränderung

Die beschriebenen Symptome erscheinen im ICD zum größten Teil unter der Diagnose einer *substanzbedingten Persönlichkeitsveränderung*. Viele Patienten des Reha-Zentrums Oberpfalz haben eine solche Diagnose auf Grund ihres langjährigen Alkoholkonsums gestellt bekommen:

- Reduzierte Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten durchzuhalten, besonders wenn es sich um längere Zeiträume handelt und darum, Befriedigung aufzuschieben
Affektive Veränderungen:
 - Emotionale Labilität (unkontrollierter, unbeständiger und wechselnder Ausdruck von Emotionen)
 - Euphorie und flache, inadäquate Scherzhaftigkeit, den Umständen nicht angemessen
 - Reizbarkeit und/oder Ausbrüche von Wut und Aggression
 - Apathie, Lethargie, Verlangsamung
- Ungehemmte Äußerung von Bedürfnissen oder Impulsen ohne Berücksichtigung der Konsequenzen oder der sozialen Konventionen
- Kognitive Störungen
 - Ausgeprägtes Misstrauen und paranoide Ideen
 - Exzessive Beschäftigung mit einem einzigen Thema, wie Religion oder die strenge Einteilung des Verhaltens Anderer in ‚richtig‘ und ‚falsch‘
- Auffällige Veränderung der Sprachproduktion und des Redeflusses mit Umständlichkeit, Begriffsunschärfe, zähflüssigem Denken (langsames, schwerfälligeres, unflexibleres Denken)
- Verändertes Sexualverhalten (Hyposexualität oder Änderung der sexuellen Präferenzen) (vgl. Dilling et al., 64)

Weiterentwicklung bis zum organischen Psychosyndrom

In fortgeschrittenen Fällen können sich die oben beschriebenen Krankheitsbilder verstärken und zu einem organischen Psychosyndrom weiterentwickeln. (vgl. Feuerlein 1998, 186) Zusätzliche Symptome wie Störungen der Orientierung, der Affektivität, Antriebsstörungen und kognitive Leistungseinbußen können auftreten, aber auch Dyspraxie (Bewegungsstörung)

und Dysarthrie (Sprechstörungen). (vgl. ebd.) Je länger der Alkoholabusus dauert, desto mehr ähneln die Störungen denen anderer Hirnstörungen. (vgl. ebd.)

Alkohol dementia

Treten noch Störungen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses, der Abstraktionsfähigkeit und der Urteilsfähigkeit und ein allgemeiner intellektueller Verfall zu den oben genannten Symptomen hinzu, dann spricht man von einer *alkoholischen Dementia*. (vgl. Feuerlein 1998, 186) Dabei müssen die Symptome drei Wochen nach Beendigung des Alkoholkonsums weiterbestehen. (vgl. Soyka 1999, 484) Auch müssen zahlreiche Diagnosen ausgeschlossen werden wie z.B. das Wernicke-Korsakow-Syndrom oder die hepatische Enzephalopathie. (vgl. Soyka 1995)

8.5.7 Alkoholische Kleinhirnatrophie

Dieser Symptomkomplex kommt typischerweise zwischen dem 4. und 6. Lebensjahrzehnt vor. Hauptsymptome sind Stand- und Gang- sowie Rumpfataxie und ein Halte- und Intentionstremor, ein herabgesetzter Muskeltonus sowie eine Dysarthrie (Sprechstörung). Man kann auch einen Blickrichtungsnystagmus und Störungen der Okulomotorik beobachten. (vgl. Feuerlein et al., 1998) Das erste Symptom ist meist eine zerebelläre Ataxie. (vgl. Gass & Hennerici 1999, 465) Bei etwa einem Drittel aller Alkoholabhängigen finden sich diese Zeichen, und damit kommt sie wesentlich häufiger vor, als die Wernicke-Enzephalopathie. (vgl. ebd.) Man findet die Erkrankung hauptsächlich bei Männern. (vgl. ebd.) Die Ursachen sind nicht ganz geklärt, man vermutet auch hier einen Thiaminmangel, Elektrolytverschiebungen und unmittelbare toxische Alkoholeffekte. (vgl. ebd.)

Die zerebelläre Pathologie ähnelt den Veränderungen bei der Wernicke-Enzephalopathie. (vgl. Adams 1976 zit. n. Gass & Hennerici 1999, 465) Wesentliche Unterschiede sind jedoch, dass bei der Kleinhirnatrophie eher die Beine und weniger die Arme von der Ataxie betroffen sind, während beim Wernicke-Syndrom die Extremitätenataxie selten vorkommt. (vgl. ebd.) Auch die Dysarthrie (Sprechstörung) findet sich bei der Kleinhirnatrophie häufig, ein Nystagmus kommt seltener vor. (vgl. ebd.)

Die Symptome bilden sich bei Alkoholabstinenz meist rasch zurück. (vgl. ebd.)

8.5.8 Rückbildung

Objektivierbare, hirnorganische Leistungseinbußen sind unter Abstinenzbedingungen reversibel, dabei erfolgt der Restitutionsverlauf auf der kognitiven Ebene modalitätsabhängig in unterschiedlicher Geschwindigkeit. (vgl. Steingass 1994, 96) Offensichtlich benötigen höhere kognitive Funktionen nach Schädigungen längere Rückbildungszeiten. (vgl. ebd.9)

Aus den Erfahrungen der stationären Therapie zeigt sich, dass schwere Formen der Schädigung, wie z.B. Alkoholdemenz oder Korsakow-Syndrom, nicht wesentlich reversibel sind, d.h. es sind kleine Verbesserungen in Teilbereichen möglich. Eine vollständige Wiederherstellung der kognitiven Funktionen ist nicht möglich.

Restitutionsmodelle zeigen, dass eine Wiederaufnahme von synaptischen Verbindungen häufig nicht gelingt, oder nur in unsystemischer Weise erfolgt. Auswachsene Axone finden ihre ursprünglichen Zielgebiete nicht wieder, enden blind oder gehen Verbindungen mit funktionell ‚falschen‘ Systemen ein, was unter Umständen zu Verschlechterungen auf der Verhaltensebene führen kann.

Carlen et al. zeigen in ihrer Untersuchung die Rückbildung von Gehirngewebe im Bereich der Ventrikel und der Suli. Diese Regeneration benötigte einen Zeitraum von bis zu 86 Wochen. (vgl. Carlen et al. 1978)

Untersuchungen weisen darauf hin, dass man einen raschen Leistungszuwachs bis zum vierten Abstinenzmonat und eine geringere bis mäßige Leistungssteigerung im Verlauf eines Jahres nach Abstinenzbeginn nachweisen kann.(vgl. Amlacher & Wolfram 1989) In dieser Untersuchung wurden 30 Alkoholiker nach 3 Wochen, 3 Monaten und einem Jahr mit Leistungstests untersucht und mit einer Kontrollgruppe (n=30) verglichen. Es zeigte sich eine Unabhängigkeit von Alter und Geschlecht, jedoch konnten signifikante Unterschiede bei den Trinktypen festgestellt werden. So bleibt der Zuwachs bei Delta-Trinkern ab dem 12. Monat konstant, während bei Gamma-Trinkern ein weiterer stetiger Anstieg bis zum Ende des letzten Messzeitpunktes erkennbar ist. (vgl. ebd.) Jedoch wird das Niveau weitgehend, aber nicht vollständig erreicht. Die Testmethoden gehörten vor allem zu dem Bereich der Lern- und Konzentrationsfähigkeit. (vgl. ebd.)

In einer weiteren Untersuchung wurde die Reduktion der Liquorräume und eine Zunahme des Hirnvolumens sowie der Dichte des Hirngewebes in den ersten drei Wochen der Abstinenz beobachtet. (vgl. Trabert et al. 1995) Dazu wurden 28 Patienten mit der Diagnose *Alkoholabhängigkeit* am Beginn der Abstinenz und nach weiteren 3 Wochen auch mittels Computertomographie untersucht.

Neben den kognitiven Beeinträchtigungen gibt es noch weitere spezifische neurologische Folgeerkrankungen des Alkoholismus.

8.6 Weitere neurologische Störungen

In diesem Abschnitt soll abschließend auf eine häufige neurologische Folgekrankheit bei Alkoholismus eingegangen werden, nämlich auf die Polyneuropathie sowie auf einige seltenere Erscheinungen.

8.6.1 Alkoholische Polyneuropathie

Die alkoholische Polyneuropathie gehört zu den häufigsten neurologischen Folgeerkrankungen des chronischen Alkoholismus. Scholz et al. schätzen, dass bis zu zwei Drittel der Patienten entsprechende Zeichen aufweisen. (vgl. Scholz et al. 1985) Vor allem treten diese Folgeschäden bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholikern auf. So stellen Leonhardt und Mühler in ihrer operationalisierten Merkmalliste zur definitorischen Bestimmung des Personenkreises fest, dass die Polyneuropathie bei der Einschätzung der somatischen Gesamterkrankung eine wesentliche Rolle spielt. (vgl. Leonhardt/Mühler 2006, 38)

Als Ursache kann angenommen werden, dass Alkohol als Zellgift direkt das Nervenmark schädigt. (vgl. Lindenmeyer 2001) Des Weiteren besteht auf Grund von Vitamin-B-Mangel eine Schädigung der Nervenscheide, die das Nervenmark als Isolierschicht umhüllt. (vgl. ebd.)

Die Folge sind schmerzhaftes Missempfindungen, Kribbelparästhesien, Taubheitsgefühl und Muskelkrämpfe. Weiter kann es zu Schmerzen mit ziehendem, brennendem oder stechendem Charakter kommen. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 170) Typisch ist die Druckempfindlichkeit der langen Nervenstämme, insbesondere zum Beispiel der Wadendruckschmerz. Die Tiefensensibilität, die Lageempfindung und der Bewegungssinn sind vermindert. Auch können Muskeleigenreflexe ausfallen, am häufigsten der Achillessehnenreflex. Eventuell kann auch die betroffene Muskulatur paretisch oder atrophisch sein. Die Paresen sind meist distal betont und betreffen vor allem die unteren Extremitäten. (vgl. ebd.) Dadurch ist das Geh- und Stehvermögen im Sinne einer Ataxie beeinträchtigt. Des Weiteren können vegetative Störungen, wie z.B. Hyperhidrose, Marmorierung der Haut und Beinödem, hinzukommen. (vgl. ebd. 171)

Prognostisch und therapeutisch lässt sich sagen, dass es bei Abstinenz zu einer Rückbildung der Paresen, im Verlauf von Wochen bis Monaten auch zu einer Restitution der Eigenreflexe kommt. (vgl. ebd.)

8.6.2 Alkoholischer Tremor

Ein Tremor kommt bei chronischem Alkoholismus häufig vor. Er ist anfangs reversibel, später wird er andauernd und irreversibel. Das Leiden beginnt mit einem feinschlägigen Tremor, der später grobschlägig wird mit einer Frequenz von 8 bis 9 Schlägen/s. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 171) Typischerweise beginnt der Tremor an den Händen und weitete sich dann aus auf Zunge, Lippen, Augenlider, Kopf und Füße. Auffallend ist, und dieses Phänomen lässt sich immer wieder in der Praxis vor allem bei Arbeiten in der Ergotherapie beobachten, dass der Tremor in Ruhe weniger deutlich ist als bei Tätigkeit. Außerdem verstärkt er sich bei emotionalen Spannungen. „Häufig tritt er zusammen mit einer Kleinhirnschädigung auf, ist aber ansonsten unabhängig von anderen neurologischen Folgeschäden.“ (Feuerlein et al. 1998, 172) Pathologisch-anatomisch finden sich vor allem Ausfälle im Putamen und im Kleinhirn.(vgl. ebd.)

8.6.3 Epileptische Anfälle bei chronischem Alkoholmissbrauch

Die Angaben über die Häufigkeit von epileptischen Anfällen, die im Verlauf des Alkoholismus auftreten, sind in der Literatur außerordentlich schwankend. Meier und Forst sprechen von 5% bis 35%. (Meyer & Forst, 1977) „Mehr als 90% der Krampfanfälle treten innerhalb von 7 - 48 h nach dem Absetzen des Alkohols auf. 60% der Patienten entwickeln mehr als einen Krampfanfall, eine Epilepsie mit mehr als 4 Krampfanfällen tritt aber nur bei weniger als 15% der Patienten auf.“ (Singer & Teyssen 1999, 462)

Es handelt sich dabei immer um Grand-mal-Anfälle, die meist im Entzug auftreten. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 176) Bei einem Grand-mal-Anfall kommt es zum plötzlichen Bewusstseinsverlust mit anfänglicher Streckung der Rücken- und Extremitätenmuskulatur (tonische Phase) und anschließenden Zuckungen der Extremitäten (klonische Phase). (vgl. Menche & Schäffler 1999, 191) Zusätzlich kann es auch zur Absonderung von schaumigem Speichel sowie zu Urin- und manchmal auch Stuhlabgängen kommen.

Auf neurochemischer Ebene ist dafür vor allem eine verminderte Funktion hemmender GABA-ergen Neurotransmitter und eine vermehrte Aktivität erregender glutamerger Transmitter verantwortlich. (vgl. Kapitel über die Neurobiologie)

In Untersuchungen mit der cranialen Computertomographie (CCT) konnte zwar gezeigt werden, dass alkoholbedingte Hirnatrophien des Groß- und Kleinhirns sich häufiger bei Patienten mit epileptischen Anfallsleiden finden als bei Patienten, die anfallsfrei sind. (vgl. Haan 1986, 119) Jedoch scheinen die gefundenen Funktionsstörungen nicht so gravierend zu

sein, dass es ohne zusätzliche Erkrankung zur Ausbildung einer Epilepsie kommen kann. (vgl. ebd.) „Die Häufigkeit einer solchen, dann als Alkoholepilepsie zu bezeichnenden Störung, dürfte unter 1% liegen.“ (ebd.) Damit sind also Anfälle gemeint, die bei chronischen Alkoholikern auftreten, die früher keine latente Krampfbereitschaft aufgewiesen hatten, und bei denen keine erkennbaren zerebralen Störungen bestehen und kein Zusammenhang mit der Abstinenz oder Trinkexzessen vorhanden ist. (vgl. Feuerlein 1998, 177)

Und somit spielen bereits vorhandene Störungen des zentralen Nervensystems eine Rolle.

So können bereits vor Beginn des Alkoholismus epileptische Anfälle bestanden haben, die durch den Alkoholabusus provoziert oder verschlimmert werden. (vgl. ebd., 176) Oder es kann eine bisher latente Krampfbereitschaft durch Alkoholismus manifest werden. (vgl. ebd.)

8.6.4 Schlaganfälle

Das Risiko, durch Alkoholismus einen zerebralen Insult zu erleiden, ist erhöht. (vgl. Ben-Sholmo et. al., 1992)

Die Ursachen hierfür sind Leberschädigungen, die eine verminderte Gerinnung zur Folge haben sowie Hypertonie, die intrazerebrale Hämorrhagien auslösen kann. Auch epileptische Anfälle können das Auftreten intrazerebraler Blutungen fördern. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 178)

Die folgenden Störungsbilder sind sehr selten und können im Stationsalltag kaum beobachtet werden. Deswegen werden sie der Vollständigkeit halber erwähnt, aber nicht vertieft behandelt werden.

8.6.5 Marchiafava-Bignami-Syndrom

Im Anfangsstadium sind ähnliche Symptome wie bei der substanzbedingten Persönlichkeitsveränderung zu beobachten. Später kommt es zu dementiellen Zuständen, zerebralen Anfällen und apoplektischen Attacken mit flüchtigen Halbseitenlähmungen. Im Endstadium führt diese Krankheit zum Tod. (vgl. Castaigne et. al., 1971)

8.6.6 Laminäre Rindensklerose

Diese Krankheit ist noch seltener als das Marchiafava-Bignami-Syndrom und ist klinisch nicht von diesem zu unterscheiden. (vgl. Naeije et. al., 1978)

8.6.7 Nicotinsäuremangel-Enzephalopathie

Diese Krankheit kommt häufig im Zusammenhang mit Hypovitaminosen vor. Klinisch findet man die drei Kernsymptome *Dermatitis*, *Diarrhoe* und *Demenz*. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 175)

Zu den neurologisch-psychischen Veränderungen zählen Apathie, Stupor und Verwirrheitszustände. Neurologisch findet man extrapyramidalmotorische Störungen, orale Automatismen und spinale Störungen. (vgl. ebd.)

8.6.8 Alkoholische Myelopathie

Vereinzelt lassen sich bei Alkoholikern Schädigungen des Myelons (Rückenmark) nachweisen. Klinisch dominieren spastische Paraparesen und Blasenstörungen sowie Hinterstrangsymptome.

Als Ursache kommen eine direkte toxische Wirkung, Hypovitaminosen, Malnutrition und Leberschädigungen in Frage. (vgl. Feuerlein et. al. 1998, 175)

8.6.9 Tabak-Alkohol-Amblyopie

Dabei handelt es sich um eine langsam einsetzende Sehstörung, die auch unter dem Namen *Retrobulbärneuritis* bekannt ist. Diese Krankheit kann isoliert oder in Verbindung mit dem Wernicke-Korsakow-Syndrom oder einer Polyneuritis vorkommen. (vgl. Aulhorn 1989 zit. n. Feuerlein 1998, 176)

8.7 Fazit

Die sehr ausführliche Darstellung der psychischen, sozialen, körperlichen und insbesondere der hirnorganischen Veränderungen bildet die Verstehensgrundlage für das folgende Kapitel, das speziell auf den Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitserkrankten eingeht. Denn es ist deutlich geworden, dass ein langjähriger chronischer Alkoholismus zu massiven Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen führen kann, was charakteristisch für diesen Personenkreis ist.

Des Weiteren konnte wieder gezeigt werden, dass auch bei dieser ausführlichen Darstellung der Folgeschäden nichts über die Innen- und Erlebnisperspektive der betroffenen Subjekte gesagt wurde.

Und hier wird wieder das Hauptanliegen dieser Arbeit deutlich, und speziell in Bezug auf die Folgeschäden werden wir anhand der Interviews mit den Betroffenen sehen, wie diese in einem biographischen Kontext jeweils individuell erlebt werden.

Zunächst geht es aber im nächsten Kapitel um Definitionsversuche des Personenkreises der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen.

9. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke

In den letzten Jahren gab es eine Reihe von Versuchen, den Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitserkrankten zu beschreiben und zu definieren. Zuvor hatte es geraume Zeit gebraucht, bis sich eine solche Bezeichnung für diese bestimmte Gruppe von Suchtkranken überhaupt im Sprachgebrauch durchgesetzt hat. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 9) Auch die Bezeichnung *chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige* findet man sehr oft. Es ist unter den verschiedenen Autoren umstritten, welche Bezeichnung den Personenkreis besser beschreibt. (vgl. Steingass 2003, 20; Küfner et al. 1999; Leonhardt /Mühler 2006, 25; Hilge T. et al, 1999) Leonhardt/Mühler plädieren dafür, die vielfach empirisch geprüften und zuverlässigen Indikatoren für Schädigungen nicht zu Gunsten einer eher diffusen Bezeichnung ‚Beeinträchtigung‘ aufzugeben. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 25) Des Weiteren kritisieren sie, dass Küfner et al. zwar von einer Mehrfachbeeinträchtigung sprechen, aber die Operationalisierung der Merkmalliste erfolgt über die Mehrfachschädigungen. (vgl. Küfner et al. 1999) Steingass weist darauf hin, dass die Bezeichnung *mehrfachgeschädigt* im Kontext der Versorgungsdiskussion zu Beginn der 90er Jahre entstanden ist und sich berechtigterweise auf gut gesicherte Merkmallisten stützt. Dies sei jedoch im Zusammenhang der Intentionen von Gesundheitsplanern entstanden, die für bedarfsgerechte, optimale, qualifizierte usw. Versorgung unserer Zielgruppe die Kosten berechnen wollen. Somit qualifiziert die Quantifizierbarkeit der Schädigung die Bezeichnung *mehrfachgeschädigt*. Dies ist jedoch nach Steingass in Bezug auf die Behandlungsplanung problematisch, da dadurch eine Art Pathologiebrille entsteht, und dies sei kontraproduktiv. (vgl. Steingass 2003, 20) Leonhardt & Mühler weisen darauf hin, dass sie die Bezeichnung *Mehrfachschädigung* nicht für diskriminierend, sondern für sachbezogen halten. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 27)

Nach Leonhardt & Mühler war mit der Gewinnung von Definitionsmerkmalen ein wichtiger Schritt getan. Denn das Problembewusstsein für diese spezifische Abhängigkeitsgruppe war insofern besonders schwierig, als sich sowohl die Öffentlichkeit und staatliche Institutionen, als auch Suchtfachleute schwer taten, diese Gruppe von Abhängigkeitskranken überhaupt als eine Gruppe mit spezifischem Hilfebedarf anzuerkennen. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 10) Durch die operationalisierten Merkmallisten wurde gesundheitspolitisch zunehmend ein Verständnis für einen spezifischen Hilfebedarf und eine Möglichkeit für empirische

Erhebungen geschaffen. (vgl. ebd.) In der Vergangenheit wurden Betroffene mit einem hohen Grad an physischer und psychischer Schädigung als nicht therapierbar eingestuft und als Pflegefall deklariert, was letztlich zu Fehleinweisungen in Pflegeheime und andere Einrichtungen führte.

Dies kann in gewisser Weise als eine selbsterfüllende Prognose oder Therapiefalle angesehen werden, da die psychiatrischen Behandlungen auf Grund des hohen Schädigungsgrades regelmäßig fehlschlagen und das Behandlungsziel nach den Richtlinien der Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) sowie die Erhaltung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nicht erreicht wurde. Dadurch wurden die multimorbiden Schädigungen bei Beginn der jeweils neuen Behandlung höher, und die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg sank weiter, und schließlich stufte man die CMA als therapieresistent ein. (vgl. ebd., 11)

Somit galt der CMA-Status als ‚individuelles finales Abhängigkeitsschicksal‘ und als ‚inkompatibel in Bezug auf die Eintrittsvoraussetzungen des Suchthilfesystems‘. (ebd., 11)

Die Bemühungen um die Festlegung von Merkmalen zur Beschreibung dieser speziellen Abhängigkeitsgruppe war ein wichtiger Beitrag dazu, den Hilfebedarf dieser Gruppe genauer zu bestimmen. Das verbindende Element zwischen Hilfebedarf und zuständigen Einrichtungen besteht vor allem in der Formulierung angemessener Therapieziele. (vgl. ebd., 12) Das Therapieziel muss zwischen dem Erhalt und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Attestierung einer Nichttherapierbarkeit angesiedelt sein. Es geht also um ein ‚niederschwelligeres‘, aber sozial verantwortbares Therapieziel, an dem sich der Therapieerfolg messen lassen kann, und das finanzierungswürdig ist. Was jedoch tatsächlich für diese Gruppe erreicht werden kann, ist bis heute noch nicht abschließend festgelegt. (vgl. ebd., 13)

Im Folgenden sollen einige wichtige Definitionsversuche, die in den letzten Jahren zur Bestimmung des Personenkreises der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken entstanden sind, ausführlich dargestellt und in einer anschließenden Diskussion kritisch bewertet werden.

Ein erster Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen stammt von einer Arbeitsgruppe deutscher Forschungsinstitute, die vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde.

Der Definitionsvorschlag bezieht sich auf Alkohol- und Opiatabhängige. (vgl. Küfner et al., 1999)

Die Grundvoraussetzung ist das Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10.

In drei von vier im Folgenden beschriebenen Kriterienbereichen muss ein Punkt erreicht werden.

1. Konsumverhalten:

- Regelmäßige Trinkexzesse (mindestens 1 mal im Monat) in den letzten 12 Monaten
- Und/oder Spiegeltrinken in den letzten 12 Monaten

2. Behandlungserfahrung:

- Mind. 5 stationäre Entgiftungsbehandlungen
- Antritt von mind. 2 stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlungen

3. Soziale und rechtliche Situation:

- Lebensunterhalt (Rente wg. Erwerbsunfähigkeit, Sozialhilfe, unregelmäßige Einkünfte/Prostitution/illegale Einkünfte)
- Wohnen (wohnungslos bzw. institutionelles Wohnen bzw. verwahrloste Wohnsituation)
- Sozialer Nahbereich: allein stehend und ohne feste Partnerschaft bzw. nur suchtbetonte Kontakte
- Justitielle Belastung (bezogen auf die gesamte Lebenszeit): Mind. 24 Monate in Haft bzw. mehr als 5 Verurteilungen

4. Gesundheitliche Situation:

- Körperliche Erkrankungen:
 - Leberzirrhose, Fettleber, chron. Hepatitis
 - Ösophagusvarizen
 - Chron. Gastritis
 - Chron. Pankreatitis
 - Tuberkulose
 - Kardiomyopathien, Endokarditis, Herzinsuffizienz
 - Nierenversagen

- AIDS
- Kleinhirntaxie
- Cerebrale Anfälle
- Polyneuropathie
- Chron. Abszesse
- Chron. Hauterkrankungen
- Extrem schlechter Zahnstatus
- Psychische Erkrankungen:
 - Korsakow-Syndrom
 - Hirnorganische Wesensveränderung
 - Demenz
 - Psychosen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Angststörungen
 - Depressive Störungen (vgl. Küfner et al., 1999)

Um diesen Definitionsversuch empirisch zu überprüfen, wurde vorgeschlagen, hinsichtlich der Validität ein klinisches Expertenurteil heranzuziehen. Dabei wurden langjährige, erfahrene Mitarbeiter von Suchtstationen befragt. (vgl. ebd.)

In einer weiteren Untersuchung von Schlanstedt wurde dieser Definitionsvorschlag empirisch überprüft. Von 410 Klienten wurden Daten im Rahmen eines Kooperationsmodells erhoben. Mitarbeiter von Suchteinrichtungen sollten dann einschätzen, ob sie die Klienten als CMA oder nicht CMA betrachten. Damit sollte die Gültigkeit des Definitionsvorschlages überprüft werden. Es zeigte sich eine prinzipiell hohe Treffsicherheit von 82%, wenngleich die Mitarbeiterereinschätzungen unter den methodischen Gesichtspunkten betrachtet nicht als externe Validierung gelten können. (vgl. Schlanstedt et. al, 1999)

Fleischmann und Wodarz haben diesen Definitionsvorschlag mit kleineren Abwandlungen ebenfalls auf ihre Anwendbarkeit überprüft. An zwei zufällig festgelegten Stichtagen im Jahr 1997 wurden im Bezirksklinikum Regensburg 49% von 159 Klienten mit dem operationalisierten Diagnosevorschlag als CMA eingestuft. Hier ergab das ‚klinische Expertenurteil‘ in 17% der Fälle eine falsch negative, und in 23% eine falsch positive

Zuordnung. Besonders bedeutsam für die diagnostische Zuordnung erwies sich die Kombination der ‚qualitativen‘ Kriteriumsbereiche *gesundheitliche Störungen* und der *sozial rechtlichen Situation*. Keine relevante Bedeutung für die diagnostische Einordnung CMA kam hingegen in der vorliegenden Form den beiden ‚quantitativen‘ Kriteriumsbereichen ‚Konsumverhalten‘ und ‚Behandlungserfahrung‘ zu. (vgl. Fleischmann et al., 1999)

Der Definitionsversuch der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums wird von Leonhardt und Mühler kritisiert. So ist der erste Kriteriumsbereich über das Konsumverhalten nur schwer genau zu ermitteln, da die Zeitwahrnehmung bei Abhängigkeitskranken meist erheblich gestört ist und somit von vornherein eine bestimmte Unschärfe besteht. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 20) Auch die Erfahrungen aus der Arbeitspraxis des Verfassers im Reha-Zentrum Oberpfalz bestätigen diese Problematik. Viele der Klienten sind nicht in der Lage, genaue Angaben über ihren Konsum zu machen. Das liegt einerseits an den bereits mehrmals beschriebenen Verleugnungstendenzen (vgl. Kapitel über psychische Folgeschäden), aber auch an den kognitiven und hirnorganischen Beeinträchtigungen. (vgl. Kapitel über hirnorganische Folgeschäden)

Der Kriteriumsbereich 2 (Behandlungserfahrung) wird für besonders bedenklich gehalten. Leonhardt & Mühler stellen in diesem Zusammenhang nochmals die Frage, ob umfangreiche Therapieerfahrungen ein Merkmal oder vielmehr eine Folge des CMA-Status darstellen. Sie folgern, dass ein solches Vorgehen wiederum eher zu einer Etikettierung der Nichttherapierbarkeit führt. (vgl. ebd., 21) Und auch die Erfahrung zeigt, dass immer wieder Patienten im Reha-Zentrum aufgenommen werden, die über keine oder über eine relativ geringe Suchtbehandlungserfahrung verfügen. Man bezeichnet solche Abhängige auch oft als ‚stille Abhängigkeitskranke‘.

Am Kriteriumsbereich 4, welcher in der Tabelle vor 3 rangiert, wird kritisiert, dass speziell unregelmäßige Einkünfte aus Prostitution und delinquentem Verhalten einbezogen werden. Leonhardt & Mühler sind der Meinung, dass es sich dabei um eine willkürliche Aufzählung handelt, und dass sich vor allem der Bezug auf die Delinquenz als wenig erfolgversprechend erwiesen hat. (vgl. ebd. 22)

Einen weiteren Beitrag zu den Definitionsversuchen lieferten Müller-Mohnssen, Hoffmann, Rothenbacher. Sie untersuchten eine CMA-Spezialstation auf soziodemographische Daten hin

und verglichen diese mit Patientendaten einer Suchtaufnahmestation. Dabei zeigten die CMA-Patienten der Spezialstation eine ausgeprägte soziale Desintegration hinsichtlich familiärer, beruflicher und wohnungsmäßiger Situation. Fast die Hälfte (46,8%) der Patienten wies eine psychiatrische Komorbidität im Sinne primärer psychischer Störungen auf. Zahlenmäßig am größten war hier die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen. Mehr als die Hälfte (57,6%) wies substanzbedingte Störungen nach ICD-10 auf. Im Vergleich mit der Gruppe, die nicht auf diese Station verlegt wird, zeigten sich signifikante Unterschiede: CMA-Patienten wiesen im Mittel ein höheres Lebensalter, eine längere Dauer der Suchterkrankung, sowie häufigere suchtspezifische und psychiatrische Vorbehandlungen als non CMA-Patienten auf. Hinsichtlich ihrer sozialen Lebenssituation (Familienstand, Lebensunterhalt und Beruf) gaben CMA-Patienten deutlich ungünstigere Bedingungen an. CMA-Patienten berichten häufiger über internistische Beschwerden, Polyneuropathien und Merkfähigkeitsstörungen. Zur Vorhersage von relevanten Merkmalen, um auf eine CMA-Station verlegt zu werden, wurde der Definitionsvorschlag einer Arbeitsgruppe aus Vertretern des ISS Frankfurt, des IFT Münchens und der FOGS Köln herangenommen. Es zeigte sich auch hier vor allem das prädiktive Gewicht der angegebenen beruflichen Situation. Auch hier kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Kriteriumsbereiche ‚Konsumverhalten‘ und ‚Anzahl der Vorbehandlungen‘ eine geringere Bedeutung bezüglich einer CMA-Definition haben. (vgl. Müller-Mohnssen, 1999)

Ein weiteres Messinstrument entwickelten Hilge und Schulz: Die Braunschweiger Merkmalliste umfasst 11 Items (siehe unten). Diese revidierte Version aus einer anfänglich aus 19 Items bestehenden Vorlage wurde in einer Erhebung an 150 Alkoholabhängigen zweier psychiatrischer Landeskrankenhäuser kreuzvalidiert. Nach der Berechnung der Validitätsaspekte *Sensitivität*, *Spezifität* und *Gesamteffizienz* verschiedener Trennwerte wurde ein Summenscore von > 4 als kritischer Wert zur Trennung von CMA und nicht CMA gewählt. Durch den geringen Zeitaufwand und die einfache Handhabung ermöglicht die BML eine rationale Bestandsaufnahme, und ihr Einsatz wird vor allem im Hinblick auf die versorgungspolitische Fragestellung als sinnvoll erachtet. (vgl. Hilge T. et al., 1999)

Die jeweiligen Fragen werden mit *Ja* oder *Nein* beantwortet.

I. Soziale Situation

1. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung allein stehend/ohne feste Partnerschaft (gilt auch für nicht Geschiedene, aber getrennt Lebende)
2. In den 3 Monaten vor der Beratung/Behandlung Sicherung des Lebensunterhaltes durch Sozialhilfe (HLU)
3. Innerhalb des vergangenen Jahres ununterbrochen arbeitslos (mindestens 52 Wochen)
4. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung obdachlos, d.h. ohne eigene Mietwohnung/ohne Untermietverhältnis oder Wohnen bei Angehörigen, Wohnen im Heim oder anderen Institutionen, oder weniger als 3 Monate in der Wohnung eines Freundes/Freundin oder Bekannten)

II. Behandlungs-Vorgeschichte

5. In der Vorgeschichte insgesamt mindestens 6 Entgiftungsbehandlungen in einem psychiatrischen oder einem Allgemeinkrankenhaus
6. Mindestens eine Krankenhauseinweisung mit richterlichem Beschluss, aktuell oder in der Vorgeschichte
7. Unter gesetzlicher Betreuung (Vormundschaft, Pflegschaft), aktuell oder in der Vorgeschichte
8. Heimunterbringung, aktuell oder in der Vorgeschichte (früher BSHG heute SGB XII § 54 Eingliederungshilfe)

III Psychiatrisch-neurologische Befunde

9. Delir, jetzt oder in der Vorgeschichte
10. Korsakow-Psychose (oder andere chronische organische alkoholbedingte Psychosen), jetzt oder in der Vorgeschichte
11. Polyneuropathie (Gang- und Sensibilitätsstörungen der unteren Extremitäten), jetzt oder in der Vorgeschichte (vgl. Hilge T. et. al, 1999)

Die wohl neueste operationalisierte Merkmalliste haben Leonhardt & Mühler entwickelt.

Die Operationalisierung geschieht dabei über einen Index. Es wurde versucht, eine Gleichrangigkeit der drei Ressourcenarten (somatische, psychische, soziale) zu gewährleisten. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 29) Dabei soll es mit Hilfe des Index möglich sein, das

Fortschreiten des Ressourcenabbaus abzubilden sowie näherungsweise zu fixieren und damit festzustellen, ab welchem Grad man vom Eintreten des CMA-Status ausgehen kann. Des Weiteren wurde der Versuch eines Vergleichs mit der Braunschweiger Merkmalliste und der Entwicklungsbeschreibung durch Müller-Mohnson et al. verglichen. Es zeigten sich jedoch gewisse Ähnlichkeiten mit der Braunschweiger Merkmalliste, sodass schließlich diese zum Vergleich herangezogen wird. (vgl. ebd., 30)

Der Index besteht aus drei eigenständigen Kategorien: Den physischen, den psychischen und den sozialen Folgen des chronifizierten Trinkens. In allen drei Kategorien kann man die gleiche *Höchstpunktzahl 6* erreichen.

Die Einschätzung der psychischen und somatischen Folgeerkrankungen erfolgt auf einer Skala von ‚1‘ (gering) bis ‚6‘ (sehr stark). Die jeweiligen Kontrollvariablen bestehen aus häufig auftretenden Folgeerscheinungen (siehe Tabellen unten) und ermöglichen auf einem Ja/Nein-Niveau eine Einschätzung, welche einer Validitätsprüfung unterzogen werden kann.

Bei der Skala der sozialen Folgen können pro Untergruppe 2 Punkte vergeben werden. (vgl. ebd., 30/32)

Psychische Folgeerkrankungen

- Delir
- Demenz
- Hirnorg. Durchgangs- u. Psychosyndrom
- Entzugssyndrom
- Halluzinose
- Paranoide Psychose
- Neurotische u. Persönlichkeitsfehlentwicklung
- Morbus Korsakow

Somatische Folgeerkrankungen

- Carcinome des Verdauungstraktes
- Epileptische Anfälle
- Hypertonie
- Kleinhirnatrophien
- Lebererkrankungen
- Oesophagusvarizen
- Pankreopathien

- Polyneuropathien
- Kardiomyopathie (vgl. ebd., 31)

Soziale Desintegration

- Familie:
 - Verheiratet
 - Lebensgemeinschaft
 - allein lebend
- Arbeiten:
 - Feste Arbeit
 - Befristete Arbeit
 - Arbeitslos
- Wohnen:
 - Eigene Wohnung
 - Zimmer bei Dritten
 - Obdachlos (vgl. ebd., 33)

Ab 12 Punkten kann man den Betroffenen in einen CMA-Status einteilen. Dabei handelt es sich um einen Näherungswert. (vgl. ebd., 34)

Nach den statistischen Prüfungen kommen Leonhardt & Mühler zu dem Ergebnis, dass sich der Index im Vergleich zu den bisherigen empirischen Einsichten bewährt. (vgl. ebd., 42)

Allgemein definieren Leonhardt & Mühler wie folgt:

„Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialen Desintegration geführt hat bzw. führt, so dass er seine Lebensgrundlage nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.“ (Leonhardt & Mühler 2006, 27)

Den Grundgedanken dieser Definition bildet die Annahme, dass eine Abhängigkeitskarriere mit einem Ressourcenverbrauch einhergeht. (vgl. ebd. 43) Als Ressourcen wird das ökonomische Kapital (Einkommen, Besitz), das Humankapital (Bildung, spezifisches Wissen und Fertigkeiten) und das soziale Kapital (soziale Beziehungen) gesehen. (vgl. ebd. 54)

Leonhardt & Mühler vertreten die Auffassung, dass die soziale Qualität des Daseins eines Menschen durch seine verfügbaren Ressourcen ermöglicht wird. (vgl. ebd. 67) Aber erst durch die Einbettung in einen sozialen Rahmen gewinnen unsere Ressourcen einen bestimmten Wert bzw. eine bestimmte Instrumentalität. Dann ist es möglich, aktiv sein Leben zu gestalten und andererseits seinen Lebenszusammenhang zu schützen. (vgl. ebd.) Eine Abhängigkeitserkrankung bedeutet einen zunehmenden schweren Eingriff in diese Fähigkeit. Dabei wird es immer schwieriger, Ziele unter dem Einsatz von verfügbaren Ressourcen zu erreichen. „Mit der Generalisierung eines alkoholbedingten Belohnungsmusters werden die vorhandenen sozial bedeutsamen Ressourcen in zunehmendem Maße den Trinkgewohnheiten untergeordnet, um die positiv bewerteten Konsequenzen (Belohnungen) zu erzielen. Deshalb geschieht keine Investition mehr in Ressourcen, die anderen Zielen dienen. Auf diese Weise nimmt der Verbrauch von Ressourcen zu. So wie dies beim ökonomischen Kapital für jeden augenfällig ist, wenn man nicht mehr spart, sondern zunächst nur noch abhebt und später Kredite aufnimmt, so verbrauchen sich auch die anderen Ressourcen – Freundschaften gehen verloren, Familien lösen sich auf, Wissen veraltet, trainierte Fähigkeiten verschwinden, Situationen werden falsch eingeschätzt.“ (ebd.)

Deswegen ist auch ganz entscheidend, wie das Ausgangsniveau beim Eintritt in eine Abhängigkeitskarriere ist, da davon abhängt, wie lange es dauert, bis eine Abhängigkeitskarriere sozial auffällig wird. (vgl. ebd.)

Einen großen Einfluss auf den Umfang der sozialen Ressourcen hat das Berufsprestige. Dadurch und auch mit der Höhe der Schichtzugehörigkeit erhöht sich jedoch auch das Dunkelfeld, also der Bereich, in dem eine Abhängigkeitserkrankung unauffällig bleibt. (vgl. ebd. 119) Leonhardt & Mühler nehmen an, dass die Anzahl der Alkoholabhängigen zwischen den Schichten nicht variiert. (vgl. ebd. 115)

10. Diskussion

Diese vielen doch sehr unterschiedlichen Definitionsversuche zeigen, wie schwierig es ist, den Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen zu bestimmen.

Wir stoßen hier auf ähnliche Schwierigkeiten wie bei den Definitionsversuchen zur Alkoholabhängigkeit.

Die Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit, Leonhardt & Mühler, Hilge/Schulze, Müller-Mohnssen/Hoffmann/Rothenbacher, und alle weiteren Beteiligten verwenden in ihren Definitionen operationalisierte Variablen, um statistisch gesicherte Aussagen über Häufigkeitsverteilungen machen zu können.

Dabei wurde deutlich, dass die Motivation für die Entwicklung dieser Definitionen aus den Bemühungen stammt, den spezifischen Hilfebedarf dieser Personengruppe festzustellen, um diesen gegenüber den Kostenträgern zu rechtfertigen oder anzufordern.

Wie wir gesehen haben, unterscheiden sich jedoch die Items der jeweiligen Definitionsversuche sowie die Ansichten, was denn nun entscheidende Kriterien sind, teilweise beträchtlich. So wird beispielsweise der Entwurf der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit von Leonhardt & Mühler in mehreren Belangen kritisiert. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 20) Leonhardt & Mühler betonten vor allem die soziale Desintegrität auf Grund eines Ressourcenverbrauchs, der zu mangelnder Selbstbestimmung führt. (vgl. ebd. 28). Dies entspricht wiederum den Grundprinzipien der Sozialgesetzgebung nach SGB IX § 1, der von ‚Teilhabe an der Gesellschaft‘ und ‚Selbstbestimmung‘ spricht. (vgl. SGB IX §1 2006, 6) Somit kann man auch hier wieder eine kostenpolitische Intention vermuten.

Des Weiteren vergleichen Leonhardt & Mühler ihren Definitionsversuch mit der Braunschweiger Merkmalliste und den Beschreibungsmerkmalen von Müller - Mohnsen u. a. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 30)

Ingesamt ist mit den verschiedenen Entwicklungsversuchen von Definitionen ein Prozess ersichtlich, der sich bemüht, den Personenkreis der chronisch mehrfach Beeinträchtigten quantitativ zu erfassen. Dabei wird aber wieder die Unmöglichkeit deutlich, eine exakte Definition für und wider dieses Personenkreises zu formulieren und zu finden.

Des Weiteren orientieren sich die Kategorisierungen an krankhaften Merkmalen, was wiederum eine bestimmte Sichtweise der betroffenen Menschen impliziert, die für den

Therapiealltag problematisch ist. Steingass spricht in diesem Zusammenhang von einer ‚Pathologiebrille‘, mit der die chronisch mehrfach Beeinträchtigten gesehen werden. (vgl. Steingass 2003, 20)

Wenn nun verstärkt aus ökonomischen Gründen eine pathologisierte Sichtweise von Menschen in die Soziotherapie Einzug hält, so führt das zu einem Reduktionismus und zu einer Klassifizierung, die für die Behandlung problematisch ist. Das Subjekt mit seinem Erleben, mit seinen Ressourcen und mit seiner Lebensgeschichte wird dadurch immer mehr an den Rand gedrängt.

Diese Punkte werden im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch eine wichtige Rolle spielen.

Das folgende Kapitel über die Behandlungskompartmente stellt eine Hinführung zur speziellen stationären Therapieform für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige dar, die Soziotherapie. Auf der Grundlage eines Überblicks über verschiedene Therapieprozesse und Therapiemöglichkeiten wird im Kapitel über die Soziotherapie das Verständnis für diesen speziellen Personenkreis noch einmal intensiviert.

11. Alkoholismustherapie und Behandlungskompartiments

In diesem Abschnitt soll, ausgehend von bestimmten Phasen, die ein Abhängiger auf dem Weg zu und durch Hilfesysteme und Organisationen durchleben kann, auf etablierte Behandlungskompartiments und deren wesentliche Inhalte eingegangen werden, um dann ausführlich auf das spezielle Hilfsangebot für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, die Soziotherapie, einzugehen.

In Anlehnung an ein Konzept von Prochaska und DiClemente, das ursprünglich für Nikotinmissbrauch entwickelt wurde, kann man verschiedene Veränderungsphasen beschreiben, in denen sich ein Klient befinden kann. (vgl. Prochaska & Di Clemente 1983)

- Precontemplation:

Dieses erste Stadium der Vorüberlegung kennzeichnet ein anhaltendes Suchtverhalten, noch bevor es zu aktiven Änderungsüberlegungen kommt. Diese Periode kann Monate oder Jahre dauern. Der Betroffene zeigt keine Einsicht oder Anlass zur Änderung seines Verhaltens. Erst durch äußeren Druck, zum Beispiel von Angehörigen oder Kollegen, wird er gezwungen, Änderungen in Betracht zu ziehen.

- Contemplation:

In dieser zweiten Phase kommt es zu Überlegungen, etwas gegen das Problem zu unternehmen. Eine innere Auseinandersetzung beginnt. Es folgt noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft. Es besteht eine innere Ambivalenz zwischen Einwänden gegen eine Behandlung und dem ‚Weitertrinken‘. Oftmals kommen auch Schuldgefühle hoch.

- Aktion:

In diesem Handlungsstadium wird der Betroffene tätig. Er holt sich zum Beispiel professionelle Hilfe und entwickelt Veränderungsstrategien.

- Maintenance:

In der Phase der ‚Aufrechterhaltung‘ werden konkrete Abstinenzversuche gestartet, dabei können belastende Versuchungssituationen zu kleineren Rückfällen führen und

die Abstinenz zu versicht bedrohen. Es geht darum, die in der Handlungsphase erzielten Ergebnisse über die Zeit aufrecht zu erhalten. (vgl. Prochaska & Di Clemente 1983)

Der Weg vom Aufsuchen eines Hilfesystems bis hin zur Therapie wird in vier Phasen eingeteilt:

- Kontaktphase
- Entgiftungs- oder Entzugsphase
- Entwöhnungsphase
- Weiterbehandlung- und Nachsorgephase

11.1 Die Kontaktphase

Der Kontakt mit dem Hilfesystem in Form von Beratungsstellen oder zu einem niedergelassenen Therapeuten geschieht in der Regel erst in einer aktuellen Krisensituation von sich aus oder durch den Druck des Ehepartners oder des behandelnden Arztes. (vgl. Feuerlein 1998, 251)

Die praktische Erfahrung zeigt, dass im Bereich der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen die Entgiftungsstationen der Bezirkskliniken oftmals direkt angesteuert werden, ohne den Weg über eine Beratungsstelle oder einen Therapeuten zu gehen. Vielmehr sind es auch oft gesetzliche Betreuer, die dem Betroffenen zu einer Entgiftung raten bzw. ihn bringen, nicht selten mit polizeilicher Gewalt. In einigen Fällen kommt es zu einer Verwahrlosung der Wohnung, und auf Grund von sozialen Auffälligkeiten werden gesetzliche Betreuer bestellt, die dann weitere Maßnahmen einleiten. In manchen Fällen, in denen eine massive Selbstgefährdung vorliegt, kann es zu einer richterlichen Unterbringung kommen, also zu einer Zwangseinweisung in eine geschlossene Station eines Bezirksklinikums.

11.2 Entgiftungs- bzw. Entzugsphase

Die Entgiftung erfolgt üblicherweise auf einer Entzugsstation des Bezirksklinikums. Dort erfolgt auch eine Motivation zu einer für den Einzelnen geeigneten Therapieform. Es gibt verschiedene Möglichkeiten: Eine Entwöhnungstherapie in einer Klinik, eine weiterführende ambulante Therapie oder, im Falle einer langjährigen Abhängigkeitskarriere, eine soziotherapeutische Langzeittherapie.

In dieser Phase geht es vorwiegend um die Behandlung der körperlichen Entzugssymptome. Dies dauert in der Regel nur einige Tage, höchstens wenige Wochen. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 253)

In einigen Fällen kann der Entzug auch ambulant durchgeführt werden, meist ist es jedoch notwendig, dies in einem Allgemeinkrankenhaus oder auf einer speziellen Entgiftungsstation zu tun.

11.3 Die Entwöhnungsphase

Das Ziel der Entwöhnungsphase ist, die vorläufige Abstinenzphase zu stabilisieren und langfristig den Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsprozess abubrechen. Dies kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. (vgl. ebd. 255)

Es wird versucht, die Folgen bewusst zu machen, falls das problematische Verhalten fortgesetzt wird, die Entstehungsbedingungen werden analysiert, Bewältigungsstrategien und Sozialisationsformen eines zufriedenen Lebens ohne Alkohol werden erlernt, und in manchen Fällen kommt es zu einer Unterstützung durch Medikamente, die das Verlangen nach Alkohol vermindern oder zur vermehrten Sensibilisierung gegenüber der Alkoholwirkung führen. (vgl. ebd., 254)

Die entsprechenden Maßnahmen können psychotherapeutisch und pädagogisch, aber auch soziotherapeutisch orientiert sein. Bei der Behandlungsdauer unterscheidet man:

- Kurzfristige Behandlung: 4 – 8 Wochen
- Mittelfristige Behandlung: 2 – 4 Monate

Diese Maßnahmen erfolgen meist in einer stationären Suchtklinik. Weitere Möglichkeiten sind teilstationäre Therapieangebote, oder ambulante Therapien in einer Beratungsstelle oder bei einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten in Form von Einzel- oder Gruppentherapien. (vgl. ebd., 254, 306)

- Langfristige Behandlung: 5 – 24 Monate oder mehr (z.B. in einer soziotherapeutischen Langzeiteinrichtung)

11.4 Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase

Das Ziel dieser Phase ist, die Abstinenz aufrechtzuerhalten und eine Wiedereingliederung in die sozialen Bezüge der Arbeitsstelle oder der Familie einzuüben. (vgl. ebd.) Bei Personen, die eine sehr lange Abhängigkeitskarriere hinter sich haben, kann das Ziel nicht die berufliche Wiedereingliederung sein, was im Kapitel über chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige genauer beschrieben wird.

Nach einer Entwöhnungsbehandlungszeit folgt meist eine Übergangsphase in einer Adaptionseinrichtung. Entwöhnung und Adaption sind im Regelfall eine kombinierte Gesamtmaßnahme. Die Dauer beträgt 3 Monate, in Einzelfällen bis zu 6 Monaten. Häufig ist neben Gruppentherapie, Einzelgesprächen, Sport und anderen Aktivitäten ein externes Praktikum zur Vorbereitung auf die berufliche Tätigkeit vorgesehen. (Verstege 1996, 181ff.)

Bei ungeklärter Wohnsituation, fraglicher Erwerbs- oder Berufsfähigkeit, wenig sozialen Kontakten und relativ hoher Rückfallgefahr empfiehlt sich eine beschützende Wohnform, das ambulant betreute Wohnen oder eine betreute Wohngemeinschaft. Das Reha-Zentrum Oberpfalz bietet im Anschluss an die soziotherapeutische Langzeittherapie sowohl eine betreute Wohngemeinschaft als auch ambulant betreutes Wohnen an.

Die betreuten Wohnformen bieten eine Gruppentherapie, regelmäßige Einzelgespräche und gemeinsame Freizeitaktivitäten. Beim ambulant betreuten Wohnen hat der Klient eine eigene Wohnung und bekommt regelmäßig Besuche von unserem Betreuungsteam.

Die Nachsorge kann auch in Form einer weiterführenden ambulanten Therapie stattfinden, ein weiterer wichtiger Faktor sind Selbsthilfegruppen.

Zu den wichtigsten Selbsthilfegruppen zählen die Anonymen Alkoholiker, die auch Angehörigengruppen anbieten wie ‚Al-Anon‘ oder ‚Al-Ateen‘, der Kreuzbund, das Blaue Kreuz, der Freundeskreis und der Guttemplerorden.

Am Beispiel der Anonymen Alkoholiker soll eine Selbsthilfegruppe etwas genauer beschrieben werden:

Gegründet wurden die AA am 10. Juni 1935 in Akron, Ohio (USA) von ‚zwei hoffnungslosen Trinkern‘: dem New Yorker Börsenmakler William Griffith Wilson (AA intern ‚Bill‘) und dem in Akron ansässigen Arzt Dr. Robert Holbrook Smith (‚Bob‘). Der Leitspruch der AA lautete wie folgt: „Gott gebe mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern

kann, den Mut Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“ (Anonyme Alkoholiker 1998, 15)

Die Grundlage der Meetings ist das 12-Punkte-Programm:

- Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern können
- Wir glauben, dass nur eine Macht - größer als wir selbst - uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann
- Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir ihn verstanden – anzuvertrauen
- Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren
- Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu
- Wir waren völlig bereit, all‘ diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen
- Demütig baten wir ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen
- Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten, und wurden willig, ihn bei allen wieder gut zu machen
- Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut, wo immer es möglich war, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt
- Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu
- Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir ihn verstanden – zu verbessern. Wir baten ihn, nur seinen Willen für uns erkennen zu lassen, und um die Kraft, ihn auszuführen
- Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaften an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten

(vgl. Anonyme Alkoholiker 1998, 3 f.)

Es gibt Untersuchungen, die belegen, dass der Besuch einer Selbsthilfegruppe die Abstinenz verlängert. Nach einer Untersuchung von Küfner et al. hat die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe einen positiven Effekt auf die Abstinenz. (vgl. Küfner et al. 1988) Bei den

Männern waren vier Jahre nach einer stationären Alkoholismustherapie 71% noch abstinent, die an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen haben. Bei den Männern, die nur unregelmäßig oder gar nicht teilgenommen hatten, waren es noch 46%. (vgl. ebd.)

Ganz allgemein ist das Ziel, eine Solidargemeinschaft zu haben. (vgl. Feuerlein 1998, 318) Zu den wichtigsten Wirkfaktoren zählen die Förderung einer neuen, alle Lebensbereiche umfassenden Lernperspektive, die Möglichkeit, selbst in helfender Weise aktiv zu werden, aber auch selbst Hilfe und Anregungen zu bekommen, sowie das Angebot persönlicher Kontakte und Beziehungen. (vgl. ebd.)

11.6 Entwöhnungsbehandlung mit alkoholsensibilisierenden Medikamenten

Durch die Einnahme bestimmter Medikamente bei gleichzeitiger Alkoholeinnahme kommt es zu aversiven Reaktionen.

Das bekannteste Medikament dieser Gruppe ist Disulfiram (Antabus). Es bewirkt eine Blockierung der Acetaldehydehydrogenase. (vgl. Feuerlein et al. 1998, 263) Dadurch kommt es zu der im Kapitel über die Alkoholwirkung beschriebenen Unverträglichkeitsreaktion (Flush-Reaktion).

Problematisch sind jedoch vielerlei Nebenwirkungen und die Wechselwirkung mit vielen anderen Medikamenten, welche die Wirkung wieder aufheben. Insgesamt ist die Wirksamkeit von Disulfiram sehr umstritten.

Im Rahmen von älteren verhaltenstherapeutischen Maßnahmen wurde Disulfiram verabreicht, um Alkohol mit einem aversiven Reiz zu koppeln. Dies entspricht den Prinzipien des klassischen Konditionierens. Diese Therapieform nannte man *Aversionstherapie*. (vgl. ebd., 284)

Antidipsotropika (Anti-Craving-Substanzen)

Am Beispiel von zwei bekannten Substanzen, Acamprosat und Naltrexon, soll kurz die Wirkungsweise und der Einsatz dieser Medikamente dargestellt werden. In Untersuchungen hat die Gabe von beiden Medikamenten das Rückfallrisiko reduziert. (vgl. O' Malley et al. 1992, Sass et al. 1996) Beide Medikamente wirken auf das subkortikale dopaminerge Verstärkersystem ein:

Acamprosat interagiert mit glutamergen NDMA-Rezeptoren (glutamerges System siehe Kapitel über neurobiologische Ursachen), dadurch kommt es zu einer Beeinflussung der Dopaminfreisetzung bei alkoholassozierten Reizen. (vgl. Kalivas & Stewart 1991)

Naltrexon bindet sich an Opiatrezeptoren und blockiert damit die Stimulation des körpereigenen Opioidsystems durch Alkohol, die subjektiv mit angenehmen Gefühlen verbunden sein soll. (vgl. Volpicelli et al. 1995)

Beide Substanzen wirken jedoch nur bei einem Fünftel der Alkoholabhängigen. (vgl. Heinz & Batra 2003, 116)

11.7 Psychotherapie

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wenn alle Formen der Psychotherapie, die mit Sucht zu tun haben, näher beschrieben werden würden. Deswegen sollen kurz wesentliche Elemente erwähnt werden.

Im weitesten Sinne zählt auch die Psychoedukation zur Psychotherapie. Darunter versteht man Wissensvermittlung über die Folgekrankheiten und das Bedingungsgefüge des Alkoholismus, sowie Wissen um einen ausgeglichenen und gesunden Lebensstil (z.B. Ernährung). (vgl. Feuerlein et al. 1998, 266)

Zu den zentralen therapeutischen Basismethoden zählt die *klientenzentrierte Gesprächstherapie*. (vgl. Rogers)

Eine Methode, die speziell aus den Erfahrungen mit Abhängigen entwickelt wurde, ist das Konzept der motivationalen Gesprächsführung (motivationales Interviewing). Die theoretische Basis bildet die Annahme, dass sich Abhängige meist in einer ambivalenten Situation bezüglich ihrer Veränderungsbestrebungen befinden. Des Weiteren spielt das Konzept der Selbstregulation eine wichtige Rolle. (vgl. Miller & Rollnick 1991 zit. n. Feuerlein 1998, 269)

Dabei geht es um fünf Grundprinzipien als Grundlage für das Gesprächsverhalten:

Zeige Empathie.

Akzeptieren des Klienten erleichtert Veränderung. Ambivalenz gegenüber Veränderung ist normal. Ein geschicktes, reflektiertes Zuhören ist wesentlich

Zeige mangelnde Übereinstimmung zwischen Zielen, Wünschen und Verhalten. Zwischen der gegenwärtigen Situation, dem tatsächlichen Verhalten und den Zielen und Wünschen des Klienten bestehen Widersprüche und mangelnde Übereinstimmung. Die Folgen problematischer Verhaltensweisen sollen bewusst werden. Der Klient soll die Argumente für Veränderung selbst entwickeln, nicht der Therapeut.

Vermeide Argumentieren.

Argumente sind nicht produktiv. Abwehr erzeugt wiederum nur Abwehr. Widerstand ist ein Signal, die Strategie zu ändern. Etikettierungen sind im Sinne von Diagnosen unnötig.

Gehe mit dem Widerstand.

Eine Verhaltenstendenz sollte nicht blockiert, sondern als gute Chance genützt werden. Der Fokus der Wahrnehmung kann auf anderes verschoben werden. Neue Sichtweisen werden angeregt oder vorgeschlagen, sie werden nicht aufgezwungen. Der Klient hat bereits nützliche Ressourcen, um Lösungen zu finden.

Unterstütze Selbstwirksamkeit.

Der Glaube an die Möglichkeit von Veränderung ist ein wichtiger Motivator. Der Klient ist selbst verantwortlich für die Wahl von Zielen und deren Realisierung. Ein Spektrum alternativer Ansätze, die verfügbar sind, stellt eine Hoffnung dar. (ebd.)

Allgemein werden Formen der Einzel- und Gruppentherapie angewendet.

Im Bereich der Soziotherapie, die anschließend etwas ausführlicher dargestellt wird, wird von Steingass der Grundsatz vertreten: „Soviel Gruppentherapie wie möglich und soviel Einzeltherapie wie nötig.“ (vgl. Steingass 2003, 38)

Yalom beschreibt 11 grundlegende Heilfaktoren der Gruppentherapie:

- Hoffnung einflößen
- Universalität des Leidens
- Mitteilung von Informationen
- Altruismus
- Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
- Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs
- Nachahmendes Verhalten
- Interpersonales Lernen
- Gruppenkohäsion
- Katharsis
- Existentielle Faktoren (vgl. Yalom 2003, 21)

Weitere Gruppentherapiekonzepte kommen aus der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, der themenzentrierten Interaktion (Cohn), der Gestalttherapie (Perls) und aus dem Psychodrama (Moreno). (vgl. Feuerlein et al. 1998, 277)

Weitere Therapieansätze kommen aus der systemischen Therapie, aus der Partner- und Familientherapie, der Verhaltenstherapie und der analytischen Therapie.

Besonders erwähnt werden soll das Expositionstraining nach den Prinzipien der systematischen Desensibilisierung und das Training der sozialen Kompetenzen. (vgl. ebd., 285/286)

Weitere wichtige Komponenten sind Entspannungsverfahren wie das autogene Training oder das progressive Muskelrelaxationstraining (Jacobsen).

Auch die Kunst- und Gestaltungstherapie sowie die Musiktherapie finden Anwendung. (vgl. ebd.293/294)

Ein Besonderheit bei der Behandlung suchtkranker Menschen sind die so genannten Abwehrmechanismen. Diese werden im nächsten Kapitel dargestellt.

11.8 Abwehrmechanismen

Ein für die Therapiepraxis wichtiges Phänomen des Suchtverhaltens sind die Abwehrmechanismen, die aus der psychoanalytischen Tradition stammen. Im Folgenden soll kurz auf die Entstehung des Abwehrbegriffes eingegangen werden, um dann in einem zweiten Schritt spezifische suchtbezogene Mechanismen zu erläutern.

Schon früher, nämlich 1894, definierte Freud erstmals „...Abwehr als Abweisung oder Fernhalten von Vorstellungen und Affekten vom Bewußtsein, die für das Ich peinlich oder unerträglich sind. Dabei begriff er Affekte als Reaktion auf oder Erinnerung an ein äußeres traumatisches Ereignis (z. B. sexuelle Verführung in der Kindheit). Die affektiv geladenen, angestauten Erinnerungen wurden als unvereinbar mit dem Bewußtsein abgewiesen, und an ihre Stelle traten in einigen Fällen (z. B. hysterische) Symptome. Für diesen Vorgang der aktiven Abweisung unakzeptabler Erinnerungen und Vorstellungen gebrauchte Freud in der Folgezeit Verdrängung als Überbegriff.“ (Beutel in Muthny 1990, 1)

Im Rahmen der von Freud weiterhin entwickelten psychoanalytischen Trieblehre, die auch deswegen entstand, weil Patientinnen von Freud weniger an Erinnerungen realer Traumaereignisse als an Phantasien litten, wurde aus Abwehr nun die *Triebabwehr*, die dazu diente, innere Konflikte, welche durch dem Bewusstsein fremde und triebbesetzte Erinnerungen oder Phantasien hervorgerufen wurden, nicht ins Bewusstsein gelangen zu lassen. (vgl. ebd., 1 f.)

„Dieser Abwehrbegriff wurde wiederum erweitert, als Freud (1923) das psychoanalytische Instanzen- oder Strukturmodell entwickelte. Das Ich wurde zum Organisator seelischer Vorgänge und konnte nunmehr als Vermittlungsinstanz zwischen Ansprüchen von Es, Über-Ich und Realität Abwehrtätigkeiten durch ein Angstsignal einleiten.“(ebd., 2)

Die Ich-Psychologie hat den Gegenstand der Abwehr um Gewissensforderungen sowie äußere Gefahren erweitert. (vgl. ebd. 1990, 2)

„Im Zuge der Entwicklung der Selbst- und Objektbeziehungspsychologie wurde der Inhaltsbereich der Abwehr wiederum erweitert um die Regulation von Wohlbefinden, Sicherheit und narzißtischem Gleichgewicht.“ (ebd., 2)

Und weiter: „Interpersonelle Dimensionen von Abwehrmechanismen wurden relativ spät als psychosoziale, interpersonelle Abwehr, bzw. soziale Anpassung formuliert. (vgl. Mentzos 1977).“ (ebd.)

In Arbeiten neueren Datums „...ist der Begriff des Abwehrmechanismus (mit seinen Implikationen wie maschinenanalogem, vorhersehbarem Funktionsablauf oder struktureller intrapsychischer Verankerung) zunehmend problematisiert worden.“ (ebd.)

Insgesamt gestaltet sich die Anzahl der Abwehrformen bei verschiedenen Autoren unterschiedlich. (vgl. Beutel 1988, 25) Ein kleiner Überblick soll jedoch an dieser Stelle genügen:

„Insgesamt werden 27 Abwehrmechanismen benannt. Die Häufigkeit der Nennungen (vgl. Tabelle zur Übersicht der Abwehrmechanismen in Beutel 1988, 26 ff) zeigt, dass 2 Gruppen klar unterschieden werden können:

- (1) Abwehrmechanismen, die allgemein, d. h. von mehr als 50 % der Autoren, akzeptiert werden. Die Häufigkeit der Nennungen liegt zwischen 9 (...) und 17 (...). Diese umfassen die 12 Abwehrmechanismen (7 von S. Freud 1978): Verdrängung, Verschiebung, Regression, Ungeschehenmachen, Isolierung, Reaktionsbildung und Projektion. Hinzu kommen Introjektion, Verleugnung, Intellektualisierung, Rationalisierung und Identifikation.
- (2) Eine Gruppe von mehr oder minder idiosynkratischen Abwehrmechanismen, die zumeist nur von einem (z. B. Idealisierung) bis maximal 6 Autoren (Verkehrung ins Gegenteil) genannt werden.“ (Beutel 1988, 30)

Eine sehr anschauliche Charakterisierung der spezifischen Abwehrmechanismen bei Alkoholikern findet sich bei Wallace.

Die von ihm beschriebene ‚preferred defence structure‘ wird als Resultat der Suchtentwicklung aufgefasst, die es dem Alkoholiker erlaubt, angesichts der bedrohlichen Konsequenzen des Suchtmittelmissbrauchs seine psychische Stabilität aufrecht zu erhalten. Ferner geht Wallace davon aus, dass auch bei der Bewältigung der Suchtproblematik durch die Entscheidung für eine abstinente Lebensweise dieselben Abwehrmechanismen erforderlich sind, um die dabei auftretenden Belastungen zu kompensieren.

Wallace formuliert folgende These:

- „1. Alcoholics can be described in terms of a preferred defense structure. This preferred defense structure (PDS) need not to be cast in negative terms. In fact, it need not be construed at all in terms of classical language of defense mechanism. The alcoholic PDS can be thought of as a collection of skills or abilities-tactics and strategies, if you will – for achieving one's ends.
2. Therapy with alcoholics as it is currently practiced too often attempts to remove the alcoholic PDS prematurely and too heavily will increase rather than reduce the probability of further drinking.
3. Recovery programs successful in producing abstinence, such as Alcoholics Anonymous, partially owe their success to the intuitive recognition of the fact that the alcoholic PDS is to be protected and capitalized upon rather than confronted and radically altered.
4. Paradoxically, the very same defense that the alcoholic used to maintain his drinking can be used effectively to achieve abstinence.
5. Equally paradoxically, the very same defense that enabled the alcoholic to drink, as well as achieve abstinence, must ultimately be removed if long – term sobriety is to be maintained. However, in many cases such growth must take place over periods of time ranging from two to five years of abstinence.” (Wallace 1978, 20)

Wallace betont, dass es ihm nicht um die Beschreibung einer Alkoholpersönlichkeit geht, sondern: „...I do not mean to suggest a single, unvarying profile – one that is characteristic of each and every alcoholic drinker. I am assuming, however, that some of these are found in some combinatorial pattern in virtually every alcoholic drinker at some point in his drinking and recovery from alcoholism.” (Wallace 1978, 21)

„Der zentrale Abwehrmechanismus ist die Verleugnung, welche über ihre sinnvolle Anpassungsfunktion hinaus von Alkoholikern zu einer übergeneralisierten Überlebensstrategie ausgebaut wird. Als weiterer typischer Abwehrmechanismus gilt die Projektion, bei der eigene negative Merkmale ausgeblendet werden. Darüber hinaus besteht eine starke Tendenz zum Alles-oder-Nichts-Denken mit einer Vorliebe für strukturelle Sicherheit. Dies lässt sich an starrer Stereotypisierung ablesen, die zu inflexiblen Entscheidungsstrategien führen kann. Als ebenfalls charakteristisch gilt die Konfliktvermeidung, worunter die Bevorzugung sozial ausgleichender Interaktionsformen anstatt angemessenem Wettbewerbsverhalten verstanden wird. Neben anderen typischen Abwehrmechanismen wie der selektiven Aufmerksamkeit, nichtanalytischen Denkstrukturen,

passiven Problemlösungsstrategien und der Tendenz zur Besessenheit beschreibt Wallace noch die Rationalisierung, die oft bis zu magisch anmutendem Wunschdenken führen kann. Dabei handelt es sich nicht nur um Rechtfertigungsmechanismen des problematischen Trinkverhaltens, sondern auch um Glorifizierungen der selbstgewählten Abstinenz.

Die beschriebenen Abwehrmechanismen werden nicht als dispositionelle Merkmale der Alkoholabhängigkeit angesehen, sondern stellen reaktive Verarbeitungsformen der Suchtentwicklung dar, die zwar als typisch gelten können, keinesfalls jedoch bei jedem Alkoholiker vollständig auftreten müssen. Wichtig erscheint die Betonung, dass diese Abwehrmechanismen sowohl der Verarbeitung negativer Erlebnisse der Suchtentwicklung, als auch der Aufrechterhaltung einer stabilen Abstinenz dienen. Bei den daraus abgeleiteten therapeutischen Schlussfolgerungen wird von Wallace betont, dass im Umgang mit diesen Anpassungsmechanismen unter Vermeidung einer zu starken Konfrontation die Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität anerkannt wird.“

(vgl. Wallace 1978, zit n. Petry 1996, 12)

So erklärt auch Schneider, dass Abwehrmechanismen einen positiven Aspekt haben: „Die positive Seite dieser Fähigkeit ist die Aufrechterhaltung einer guten Meinung von sich selbst.“ (Schneider 2001, 190)

Schneider erklärt Abwehrmechanismen als Verhaltensweisen von Menschen, die dem Zwecke dienen, es sich so bequem wie möglich zu machen, solange sie dabei ihre Lebensziele verwirklichen können und keine persönlich wichtigen Grundsätze in Frage stellen müssen. (vgl. ebd., 190)

„Deshalb werden auch die meisten Abhängigen versuchen, ihre Lage so zu sehen und sich so darzustellen, dass sie ihr Leben ohne tiefgreifende Änderung und mit dem ihnen durch ihre Erziehung vertrauten Aufwand meistern.“(ebd.)

„Jedoch besteht die negative Seite in dem Verlust einer wirklichkeitsgerechten Selbstbeurteilung.“(ebd.)

Schneider erwähnt bei den Mechanismen das „Finden von ‚guten‘ Erklärungen und Ausreden für das eigene Verhalten“, die „Ablenkung“, die „Verharmlosung“ und „Verantwortung für Änderung abschieben“, (Schneider 2001, 190)

Auch die Rationalisierung wird genannt. Sie setzt sich in der Therapie in Form des Magischen Denkens fort. (ebd., 191)

„Das Magische Denken ist eine Art ‚Denkfehler‘ neben anderen. Dazu zählen noch das starr festgelegte Denken (‚Ich bin nun einmal wie ich bin‘), das Alles-oder-Nichts-Denken (‚Entweder Sie beweisen mir jetzt, dass ich Alkoholiker bin, oder ich bin eben keiner‘), das übermäßige verallgemeinernde oder unlogische Denken (‚Alles, was ich anfangs, mißlingt‘) und das absolute, durch nichts belegbare Denken (‚Ich müsste es eigentlich jedem recht machen‘).“ (ebd., 193)

Für diese Arbeit ist vor allem der Aspekt wichtig, dass die erlernten Abwehrmechanismen mit dem Beginn einer Abstinenz natürlich immer noch vorhanden sind, und dass es sehr lange dauert, bis Veränderungen im therapeutischen Prozess eintreten: „Eventually, the alcoholic preferred structure must be dealt with directly if real changes should be attempted, however, depends upon characteristics of individual alcoholics as well as upon years of continuous sobriety. In my opinion, in the majority of recovering alcoholics, such changes should not be attempted until several years of sobriety have been achieved.“ (Wallace 1978, 27)

Abwehrmechanismen können also auch nach langer Abstinenz zu einem unrealistischen Selbstbild und zu einer verfälschten Selbsteinschätzung führen. Diesem Phänomen begegnet man sehr häufig in der therapeutischen Praxis. Oftmals erkennt das therapeutische Team die realitätsfernen Aussagen, Selbstdarstellungen und Einschätzung der abhängigen Menschen, womit eine Divergenz zwischen der Eigen- und Fremdsicht der Betroffenen offensichtlich wird.

Dieses Phänomen wird im weiteren Verlauf dieser Forschungsarbeit noch eine wesentliche Rolle spielen.

Das spezielle Hilfsangebot für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige ist die Soziotherapie, die im nächsten Abschnitt dargestellt wird und noch einmal das Verständnis für diesen Personenkreis intensiviert.

12. Die Soziotherapie

Wie bereits im Kapitel über die Definitionen der CMA beschrieben, wurden unsere Patienten bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts in Alten- und Pflegeheimen, Nichtsesshafteneinrichtungen und den großen psychiatrischen Bezirkskliniken untergebracht. Es gab noch keine Alternative. (vgl. Steingass 2003, 10)

Erst Ende der 70er Jahre und in Folge der Psychiatrieenquete, dem Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Psychiatrieenquete 1975), verbesserte sich die Versorgungssituation. (vgl. ebd.)

Zu den ersten soziotherapeutischen Einrichtungen zählten 1978 die Therapiezentren für Psychosoziale Rehabilitation (TPR) in Köln und 1979 in Duisburg (vgl. Steingass 2000, 10), damals noch mit dem Ziel der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

Bis heute ist eine Vielzahl von soziotherapeutischen Einrichtungen entstanden, in denen bessere räumliche, personelle und zeitliche Möglichkeiten vorzufinden sind. (vgl. ebd.)

Dabei konnten oft nach Jahren noch erhebliche Fortschritte bei den Klienten beobachtet, beschrieben und evaluiert werden.

Des Weiteren gibt Steingass zu bedenken, dass vieles, was früher als irreversibles Symptom der Krankheit galt, etwa Antriebsminderung, Affektverflachung, Motivationsmangel, Rückzug und sogar Konfabulation auch von der Umgebungsgestaltung abhängig ist. So können diese Symptome auch Folge von einer eintönigen und reizarmen Umgebung oder entsprechenden Lebensbedingungen sein. (vgl. ebd.)

Nach Clark gehören zum Kern jeglicher soziotherapeutischen Arbeit folgende drei Bereiche:

Aktivität:

Die Erfahrung, dass Nichtstun die Menschen regredieren lässt, im Gegensatz zu sozial anerkannten Tätigkeiten, die damit rehabilitativen Charakter bekommen.

Freiheit:

Die Frage, wieviel Bewegungs-, Handlungs- und Entscheidungsspielraum dem einzelnen Patienten nützt und wieviel ihm – etwa im Sinne einer Überforderung – eher schadet.

Verantwortung:

Hier geht es um die Übertragung von Verantwortung auf Personen oder Patienten mit dem Ziel, daran zu wachsen.

(vgl. Clark 1977 zit. n. Steingass 2000, 16)

Ein weiteres wichtiges Grundprinzip soziotherapeutischen Arbeitens ist das ‚lebendige Lernen‘ am ‚Hier und Jetzt‘. (vgl. Jones 1976) In den Einrichtungen wird versucht, ‚Normalität‘ zu schaffen, um dadurch den Bewohnern eine Tagesstruktur, einen Alltag zu bieten, um dadurch über sich und andere zu erfahren, was möglich ist und was unmachbar ist. Dabei sind wichtige Prinzipien die Ressourcenorientierung, die Hervorhebung der gesunden Anteile der Betroffenen, die Förderung konkreter selbstwertsteigernder und selbstwertstabilisierender Bewältigungserfahrungen durch erfolgreiche handlungsorientierte Erledigung vorgegebener Aufgaben. (vgl. ebd., 17) Auf Grund der Krankheitsbilder, dem oftmals sehr hohen Grad der Komorbidität, der schweren kognitiven, psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen, kann dies nur in abgestuften kleinen Schritten erfolgen.

Die von Grawe beschriebenen Therapiewirkfaktoren können auch die Wirksamkeit soziotherapeutischer Interventionen erklären, zuzüglich eines weiteren Wirkfaktors. (vgl. Grawe et al. 1994 zit. n. Steingass 2003, 15)

Grawe Faktor 1 ‚Problembewältigung‘:

Die Bewohner werden dabei unterstützt, die jeweiligen Probleme ohne Alkohol zu bewältigen. Dazu zählen zum Beispiel das Zurechtfinden im Haus, Kontakte knüpfen und die Integration ins Haus. (vgl. ebd., 15)

Grawe Faktor 2 ‚Klärung‘:

Hier geht es darum, das eigene Erleben und Verhalten besser zu verstehen. Das Trinkverhalten wird analysiert und alternative, abstinentere Verhaltensmöglichkeiten werden erarbeitet, um auf dieser Basis neue Ziele und Lebensperspektiven zu finden. (vgl. ebd.)

Grawe Faktor 3 ‚Problemaktualisierung oder Prinzip der realen Erfahrung‘:

Im soziotherapeutischen Alltag werden Problembereiche real erfahrbar, die mit Hilfe der Therapeuten gelöst werden können. (vgl. ebd., 16)

Grawe Faktor 4 ‚Ressourcenorientierung oder Ressourcenaktivierung‘:

Vorhandene Stärken und Fähigkeiten des Klienten werden nutzbar gemacht, Ressourcen werden angezapft, um Lösungen zu finden. (vgl. ebd.)

Zusätzlicher Soziotherapie-Faktor: ‚Akzeptanz von Schwächen, Defiziten, Einschränkungen, Unzulänglichkeiten und Stagnation‘(vgl. ebd.):

Für viele Bewohner ist es sehr schwer, sich Defizite einzugestehen. Jedoch bedeutet dies einen wichtigen Schritt weg von Verleumdungstendenzen hin zu einem realistischen Selbstbild. Dabei müssen die Bewohner wissen und auch spüren können, dass sie auch mit ihren Schwächen und Unzulänglichkeiten angenommen und akzeptiert werden. (vgl. ebd.)

Zu den wichtigsten Veränderungen im Bereich der soziotherapeutischen Ziele zählt, dass nicht mehr die Abstinenz das Kardinalziel darstellt. (Steingass 2003, 12)

Folgende Zielhierarchie hat sich in den meisten Behandlungsgrundsätzen soziotherapeutischer Einrichtungen etabliert, entscheidend ist dabei, dass das Ziel nicht eine Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist:

- Sicherung des Überlebens
- Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
- Verhinderung weiterer schwerer Folgeschäden
- Verhinderung weiterer sozialer Desintegration
- Ermöglichung längerer Abstinenzphasen und suchtmittelfreien Perioden
- Akzeptanz der Abstinenz als gesündeste Lebensform
- Autonome und zufriedene abstinente Lebensgestaltung und –bewältigung (vgl. Steingass 2003, 12)

Primäres Ziel ist die Sicherung des Überlebens.

Nach der langjährigen Suchtkarriere haben die meisten Abhängigen multimorbide Schädigungen. Die Folgeschäden wurden in den ersten Kapiteln ausführlich beschrieben.

Wichtig ist zu berücksichtigen, dass im Verlaufe eine Abhängigkeitskarriere viele somatische Beschwerden dissimuliert werden, sodass die Arztbesuche relativ selten waren und die

Sekundärerkrankungen häufig progressiv fortschreiten. Etwa 20% der Abhängigkeitskranken müssen in Kliniken für Innere Medizin behandelt werden. (vgl. Mann 2002)

Insgesamt wird geschätzt, dass wir in Deutschland ca. 400.000 chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke haben. (vgl. Steingass 2003) Mit dem Stand vom 31.12. 2003 wird die Anzahl der Betten in soziotherapeutischen Einrichtungen auf 10.000 geschätzt. (vgl. Leonhardt / Mühler 2006, 171)

Bei vielen Patienten geht es wirklich ums Überleben. Für sie ist es wichtig, zuallererst ,ein Dach über dem Kopf', etwas zu essen, zu trinken und eine medizinische Grundversorgung sowie ein suchtmittelfreies Umfeld zu haben.

Sicherung des möglichst gesunden Überlebens

Zur Sicherung des möglichst gesunden Überlebens zählen meist Zahnsanierungen, Aufnahme oder Wiederaufnahme medizinischer Behandlungen, Frisör- und Fußpflegetermine, Unterstützung, Kontrolle und Überwachung der täglichen Zahn- und Körperhygiene. (vgl. ebd., 13) Jedoch trifft das nur für einen Teil der Patienten zu. Die erhaltenen Ressourcen der Klienten sind teilweise sehr unterschiedlich. Es gibt auch immer wieder Patienten, die z.B. im Bereich der Körperhygiene keine Defizite haben.

Wichtig ist aber eine ausgewogene Ernährung, Bewegung, Sicherstellung einer suchtmittelfreien Umgebung und die Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein. (vgl. ebd.)

Verhinderung weiterer schwerer Folgeschäden

In der Regel sollte nach Aufnahme innerhalb von 48 Stunden eine Erstvorstellung beim Vertragsarzt erfolgen. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 125) Im Reha-Zentrum Oberpfalz erfolgt dies durch einen in der Ortschaft ansässigen Allgemeinarzt. Und in den ersten Wochen erfolgt auch eine Vorstellung bei einem Neurologen.

Dabei hat die medizinische Grundversorgung zwei Anliegen:

1. Verhinderung des weiteren physischen und psychischen Verfalls, Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes.
2. Wiedererlangung von Fähigkeiten zur eigenverantwortlichen Lebensführung, Entwicklung von Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem eigenen Körper. Dazu gehören auch die Verrichtungen des täglichen Lebens, die im Laufe der Suchterkrankung nicht mehr selbstverständlich verrichtet worden sind. Die tägliche

Körperhygiene oder Tätigkeiten wie Rasieren, Wechseln der Kleidung, Reinigung und Tragen der Zahnprothesen müssen manchmal sogar wieder neu erlernt werden. (vgl. ebd., 126)

Verhinderung weiterer sozialer Desintegration

Viele chronisch mehrfach Beeinträchtigte verfügen oftmals über kein soziales Netzwerk mehr. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 127) CMA sind in eine ‚eigene Welt‘ abgedriftet. Immer wieder stellen wir in Gesprächen fest und beobachten, dass personelle Interaktionen überdeutlich reduziert werden.

Diese Folgen der langen Suchtkarrieren sind erst, wenn überhaupt, nach längerem Aufenthalt in soziotherapeutischen Langzeiteinrichtungen bedingt korrigierbar. (vgl. ebd.)

Dazu gehören nicht nur Einzel- und Gruppengespräche, sondern ebenso der klar strukturierte Tagesablauf und Formen der Selbst- und Eigenverwaltung in den Einrichtungen und auch Formen der Selbst- und Eigenverwaltung. Im alltäglichen strukturierten Tagesablauf sind die Klienten nicht nur aufeinander angewiesen, sondern müssen sich gegenseitig Hilfeleistung erbringen. (vgl. ebd.) Die Mithilfe zum Beispiel in der Küche kann einem Klienten wieder das Gefühl geben, dass er gebraucht wird, wodurch sein Selbstwertgefühl gesteigert wird – auch wenn er es nicht verbalisieren kann.

Viele Klienten haben keine oder nur lose Kontakte zu Eltern, Geschwistern, Kindern oder Freunden. Häufig können keine genauen Angaben zu Wohnorten z.B. der Kinder gemacht werden. (vgl. ebd.) So bekommt man oftmals in der ersten Anamnese-Erhebung nur wenige Angaben. Erst nach 6- 12-monatigem Aufenthalt in einer soziotherapeutischen Langzeiteinrichtung bei relativer gesundheitlicher Stabilisierung erinnert der Klient fremdanamnestisch gestützt wieder viele Dinge. (vgl. ebd.)

In einigen Fällen werden Kontakte mit der Unterstützung des Teams wiederhergestellt. Nach einem halben Jahr ist es möglich, zu Erprobungstagen zu Angehörigen zu fahren.

Eine soziale Integration kann nach dem Prinzip der ‚Normalisierung‘ erfolgen, das heißt, dass den Bewohnern die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben mit allem, was dazu gehört, ermöglicht wird. Dazu gehört auch die Vermeidung von sozial unverträglichem, selbstausgrenzendem Verhalten (z.B. Kleidung, ‚Benehmen‘, Essmanieren). (vgl. Steingass 2003, 13)

Ermöglichung längerer Abstinenzphasen und suchtmittelfreier Perioden

Das nächste Ziel ist die Ermöglichung längerer Abstinenzphasen und suchtmittelfreier Perioden, im Sinne von Schadensminimierung. (vgl. Steingass 2003, 13)

In soziotherapeutischen Langzeiteinrichtungen ist die Alkoholabstinenz grundsätzlich gegeben und auch in der Hausordnung festgelegt. Meist werden Verstöße formal mit Ausgangssperren sanktioniert und therapeutisch in Gesprächen aufgearbeitet.

Die meisten chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken sind auch bei deutlicher gesundheitlicher Stabilisierung immer auf institutionelle Hilfe angewiesen. Meist erfolgt diese Hilfe nach abgeschlossener vollstationärer, sozialer Rehabilitation in einer Außenwohngruppe oder betreuten Wohngemeinschaften. (vgl. Leonhardt & Mühler 2006, 128)

Akzeptanz der Abstinenz als gesündeste Lebensform/Autonomie und zufriedene abstinente Lebensgestaltung und -bewältigung

Die Akzeptanz der Abstinenz als der gesündesten Lebensform und schließlich die möglichst autonome und zufriedene abstinente Lebensgestaltung und -bewältigung innerhalb oder, wenn möglich, auch außerhalb einer beschützenden Einrichtung, sind fast schon das Maximalziel von Selbstverwirklichung. (vgl. Steingass 2003, 13)

Beispielsweise können die Klienten im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft mit der Unterstützung des Therapeutenteams Hausfeste, Sportwettkämpfe oder Weihnachtsfeiern erleben und mitgestalten. Sie machen die Erfahrung, dass das daraus resultierende Wohlbefinden mit einer zu erbringenden Leistungsbereitschaft verbunden ist und können erkennen, dass in der Vergangenheit ihr subjektives Wohlbefinden passiv über die Alkoholwirkung erreicht wurde. (vgl. ebd., 129)

Diese Erkenntnis kann wiederum eine Lebensbilanzierung aktivieren und möglicherweise zu einem neuen abstinenten Lebensentwurf führen.

Kompetenz- und Ressourcenerweiterung

Zu diesem Bereich zählt vor allem das Selbstsicherheitstraining und das kognitive Training. Zum einen geht es um die Verbesserung von Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeit und zum anderen um das Erspüren von möglichen Ressourcen. (vgl. ebd., 130)
Insgesamt sollten in allen Bereich immer realistische Ziele und Lösungen gefunden werden.

Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen

Vor allem in den Gesprächsgruppen findet unter Anleitung der Gruppentherapeuten teilweise ein Wiedererlernen einer angemessenen Kommunikation statt. Dabei geht es vorrangig nicht um psychotherapeutische Interventionen, sondern um die Erlangung eines Verständnisses, dass jeder ein Teil vom Ganzen ist, dass kognitiv schwächeren Gruppenmitgliedern mehr Hilfe zuteil werden muss, und dass inadäquate Verhaltensweisen auf Dauer nicht akzeptiert werden. (vgl. ebd. 131)

Förderung der Mobilität und Beweglichkeit - Erhöhung der physischen und psychischen Ausdauer

Dies geschieht im Rahmen der Arbeits- und Beschäftigungstherapie und vor allem auch im Rahmen der Sporttherapie. Folgende Ziele sind zu nennen:

- Situationen schaffen, in denen der Bewohner Spaß und Freude erleben kann
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Geben von Hilfestellungen bei der Verarbeitung von Misserfolgserlebnissen (ohne Alkohol)
- Anregung zur Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Vermittlung von Fertigkeiten auf dem Gebiet des Sports, die auch in die Freizeit integriert werden können
- Situationen schaffen für die Wiederentwicklung konstruktiver Kommunikation und Interaktion innerhalb der Gruppe
- Wege aufzeigen, mit Wut und Ärger adäquat umgehen zu lernen
- Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (vgl. Edelmeyer 1995, 215 ff.)

Wer noch mehr Information über die Soziotherapie erhalten möchte, der findet im Anhang die Konzeption des Reha-Zentrums-Oberpfalz.

13. Fazit

Die Definitionsversuche für den Personenkreis der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen sowie der Überblick über die Behandlungskompartiments, im Besonderen die etwas ausführlichere Darstellung wichtiger soziotherapeutischer Behandlungsgrundsätze und -ziele, haben einen Einblick in die Versorgungssituation chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger geben können.

Dadurch wurde ersichtlich, dass es vor allem in den letzten Jahrzehnten Bestrebungen gegeben hat, ein angemessenes Hilfesystem für diesen Personenkreis zu errichten.

In den Ausführungen über die Soziotherapie wird deutlich, wie den körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen des chronischen Alkoholismus therapeutisch begegnet wird. Der enorme therapeutische Hilfebedarf, der ja bereits aus der Darstellung der multiplen Folgeschäden in den entsprechenden Kapiteln dieser Arbeit hervorgeht, wird hier noch einmal offensichtlich.

Damit ist aber auch ein erstes Ziel dieser Arbeit erreicht, das Krankheitsbild der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen ausführlich und ausreichend aus verschiedenen, ‚nicht-subjektiven‘ Perspektiven zu beschreiben.

Wenn wir noch einmal rückblickend die behandelten Kapitel betrachten, so haben wir geschichtlich-definitiorische Probleme, die Wirkungsweise, die multiplen Ursachen und die Folgeschäden des Alkoholismus behandelt, um das Phänomen und die Definitionsversuche der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen verstehen zu können.

Dabei wurde auf medizinische, physiologische, soziokulturelle, gesellschaftliche, entwicklungspsychologische, psychodynamische, behavioristische, systemische neurobiologische und genetische Einflussfaktoren eingegangen.

Allerdings wurde bezüglich der verschiedenen Perspektiven bereits an mehreren Stellen hervorgehoben, dass die erwähnten, meist quantitativen Untersuchungen mit ihrem Bestreben, allgemeingültige Aussagen zu formulieren, nichts über das subjektive Erleben von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen aussagen.

Was es jedoch für den einzelnen Menschen bedeutet, welche Sinnzusammenhänge sich aus der jeweiligen Lebensgeschichte ergeben, das kann nur aus einer Arbeit hervorgehen, welche

die Betroffenen zu Wort kommen lässt und deren subjektives Erleben in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtung stellt.

Dies ist das Anliegen dieser erziehungswissenschaftlichen Arbeit, bei der Alkoholismus als biographisches Ereignis am Beispiel chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger untersucht werden soll.

Im Folgenden geht es nun um das pädagogische Interesse an der Erforschung von Alkoholismus als biographisches Ereignis.

14. Das pädagogische Interesse an der Erforschung von Alkoholismus als biographisches Ereignis

Im Folgenden soll es um die Frage gehen, warum sich diese erziehungswissenschaftliche Arbeit für die Krankheit ‚Alkoholismus‘ und im Speziellen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige interessiert.

In den ersten Kapiteln wurde ja ausführlich auf die Frage eingegangen, was unter Alkoholismus und unter chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen zu verstehen ist und welche psychischen, physischen und sozialen Folgen eine Abhängigkeit haben kann. Aus den Kapiteln über die Geschichte und die Definitionen geht hervor, dass Alkoholismus heute als Krankheit anerkannt ist.

Um nun den Bogen zum erziehungswissenschaftlichen Interesse an Alkoholismus als biographisches Ereignis zu spannen, ist es notwendig, zunächst auf das heutige Verständnis von Gesundheit und Krankheit einzugehen.

14.1 Zur Definition von ‚Gesundheit‘, ‚Krankheit‘ und ‚Alkoholismus‘

Krankheit ganz allgemein kann nach Pschyrembel unter medizinischem Aspekt folgendermaßen verstanden werden:

„Krankheit: (engl.) disease, illness; Erkrankung, Nosos, Pathos, Morbus; **1.** Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; **2.** I. S. der sozialversicherungs- u. arbeitsrechtl. Gesetze der regelwidrige Körper- od. Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (...) od. der Arbeitsunfähigkeit* wahrnehmbar zutagetritt; **3.** Begriffsl. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol., morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine best. Erkrankung verstanden wird. Vgl. Gesundheit.“ (vgl. Pschyrembel & Braun 2002, S. 904)

Für Gesundheit wird folgende Definition angeführt:

„Gesundheit: (engl.) health; **1.** I. w. S. nach der Definition der WHO der Zustand völligen körperl., geistigen, seel. u. sozialen Wohlbefindens; **2.** I. e. S. das subjektive Empfinden des Fehlens körperl., geistiger u. seel. Störungen od. Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkr. u. pathol. Veränderungen nicht nachgewiesen werden können; **3.** Im sozialversicherungsrechtl. Sinn der Zustand, aus dem Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit resultiert...“ (vgl. ebd., S. 594)

Frühere Definitionsversuche von Krankheit im Pschyrembel fallen teilweise sehr unterschiedlich aus.

„1959 hieß es, Krankheit sei die Störung der normalen Vorgänge im Körper oder in seinen einzelnen Teilen; 1969 wurde diese Definition ergänzt: Krankheit sei die Gesamtheit von abnorm gearteten Reaktionen auf einen krankmachenden Reiz; 1986 bedeutet Krankheit im weiteren Sinne das Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinne das Vorhandensein von subjektiv oder objektiv faßbaren körperlichen oder geistigen Veränderungen beziehungsweise Störungen...“ (vgl. Pschyrembel 1959, 1969, 1986, zitiert nach Bittner 1996 b, S. 18)

1994 definiert der Pschyrembel: „Krankheit: (engl. Disease, illness; Erkrankung, Nosos, Pathos, Morbus; 1. Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen; 2. in der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts der Zustand von Regelwidrigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge, der Krankenpflege u. Ther. erfordert u. aus dem eine berufsspezif. erheb. Arbeits- u. Erwerbsunfähigkeit resultiert; 3. begriff. Bez. für eine definierbare Einheit typischer ätiol., morphol., sympt., nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine best. Erkrankung verstanden wird. Vgl. Gesundheit.“ (Pschyrembel 1994, 824)

1998 heißt es „Krankheit:...der regelwidrige Körper- od. Geisteszustand, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung (wobei bereits die Erforderlichkeit einer Diagnosestellung genügt) od. der Arbeitsunfähigkeit wahrnehmbar zutage tritt...“ (Pschyrembel 1998, 867)

Aus diesen Definitionen wird also deutlich, dass nach medizinischer Auffassung die gesundheitliche Idealnorm bestmögliches Lebenkönnen wäre, wohingegen das Eintreten einer Erkrankung als eine diesbezüglich beeinträchtigende Variable zu verstehen sei. (vgl. Bittner 1996 b, S. 19)

Dieser Punkt hat für den weiteren Verlauf dieser Arbeit eine große Bedeutung:

Krankheit wird in den neueren Auflagen des klinischen Wörterbuches aus medizinisch-psychologischer Perspektive als eine Abweichung vom Normalen betrachtet. Und auch der Gesundheitsbegriff, der gemäß der WHO-Definition vom ‚Zustand des absoluten Wohlbefindens‘ spricht, macht deutlich, dass ‚Krankheit‘ grundsätzlich und ausschließlich als Störfall betrachtet wird, wohingegen ‚Gesundheit‘ dem erstrebenswerten Normalfall entspricht, den es zu erhalten oder zu erreichen gilt.

Auch in der ‚Internationalen Klassifikation der Erkrankungen‘ der 10. Revision (ICD-10) findet man unter anderen Begrifflichkeiten eine ähnliche Unterscheidung zwischen Gesundheit als Normalfall und Störung als etwas Defizitäres, nicht Normales.

„Der Begriff ‚Störung‘ (disorder) wird in der gesamten Klassifikation verwendet, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie ‚Krankheit‘ und ‚Erkrankung‘ weitgehend zu vermeiden. ‚Störung‘ ist kein exakter Begriff. Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten nicht als psychische Störung im hier definierten Sinne angesehen werden.“ (Dilling u.a. 1993, 22f.)

Weiterhin ist in der ICD-10 von Beeinträchtigung, Behinderung, Benachteiligung und Handicaps die Rede. (vgl. ebd., 23)

Durch diese veränderten Begrifflichkeiten wird die definitorische Problematik nicht wirklich entschärft. Ebenso wie in den Definitionsversuchen des Pschyrembel wird eine Abweichung von einem normalen, gesunden Lebenslauf als etwas Defizitäres beschrieben.

Auch die zahlreichen Definitionen, Fragebögen und Kategorisierungen von Alkoholismus in den ersten Kapiteln betrachten Alkoholismus als eine Abweichung vom Normalen. Durch eine Pathologiebrille werden Items festgelegt, welche Beeinträchtigungen oder Störungen beschreiben.

Als Beispiel sei hier noch einmal auf den ICD-10 verwiesen, der für die Diagnosestellung Alkoholismus 6 Items auflistet, von denen im letzten Jahr 3 oder mehr zutreffen müssen. Dazu zählen ein starker Konsumwunsch, Entzugssymptome, verminderte Kontrollfähigkeit, Toleranzsteigerung, Vernachlässigung von Interessen und der anhaltende Alkoholkonsum trotz Nachweises von schädlichen Folgen. (vgl. Dilling et al. 2004, 77)

Die Krankheit wird also durch Faktoren festgelegt, die in einem gesunden oder normalen Leben nicht vorkommen sollten.

Ein weiteres Beispiel für diese Sichtweise, Krankheit bzw. Alkoholismus als etwas von der Norm Abweichendes zu sehen, ist die Phaseneinteilung von Jellinek, die von Schneider ausführlich beschrieben wurde. Sie listet ‚krankhafte‘ Merkmale auf und beschreibt einen Prozess, der dazu führt, dass ein Mensch immer mehr vom normalen, gesellschaftlichen Leben abkommt. (vgl. Kapitel über die Definitionsversuche)

Ebenso die zahlreichen Definitionsversuche für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige: Die Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministerium, Leonhardt & Mühler oder die Braunschweiger Merkmalliste, sie alle versuchen, möglichst objektive, statistisch gesicherte Beschreibungen und Aussagen über die ‚Krankhaftigkeit‘ dieses Personenkreises zu machen.

So sind in allen Definitionen Auflistungen von körperlichen, sozialen und psychischen Folgeschäden zu finden. (vgl. Kapitel über CMA)

So z.B. bei der Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministeriums: körperliche Erkrankungen: Leberzirrhose, Fettleber, chron. Hepatitis, Ösophagusvarizen, chron. Gastritis, chron. Pankreatitis, Tuberkulose, Kardiomyopathien, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, AIDS, Kleinhirntaxie, cerebrale Anfälle, Polyneuropathie, chron. Abszesse, chron. Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus; psychische Erkrankungen: Korsakow-Syndrom, hirnorganische Wesensveränderung, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen. (vgl. Küfner et al. 1999)

Und auch im Sozialen wird nach scheinbar deviaten Lebensereignissen gesucht. Abgefragt wird der Lebensunterhalt nach Erwerbsunfähigkeitsrente, nach Sozialhilfe und

unregelmäßigen Einkünften, die Wohnsituation im Hinblick auf Wohnungslosigkeit, die Sozialkontakte im Hinblick auf soziale Isolation und die justitiellen Belastungen. (vgl. ebd.)

Durch eine ‚Pathologiebrille‘ (vgl. Steingass 2003, 9) wird also der Lebenslauf dieser Menschen betrachtet, um objektivierbare Items zu sammeln, die belegen, dass diese Personen schwer krank sind und weit weg von einem normalen, gesunden Leben.

Ein entscheidendes Motiv für die Erstellung dieser Definitionsversuche ist die Rechtfertigung eines Hilfebedarfs gegenüber den Kostenträgern, also ein ökonomisches Interesse, das den Leistungsträgern die Notwendigkeit des Hilfebedarfs plausibel zu machen versucht. In einem weiteren Sinne geht es natürlich auch um einen verantwortungsvollen Umgang mit den Geldern, die für das Sozialwesen ausgegeben werden. Daher kommt sicherlich auch der Zwang, Diagnosen stellen zu müssen, um Leistungen der Krankenkassen oder der Sozialhilfe zu bekommen.

So weist auch Steingass darauf hin, dass diese Merkmallisten aus der Intention von Gesundheitsplanern entstanden sind, die für bedarfsgerechte, optimale, qualifizierte Versorgung dieser Zielgruppe die Kosten berechnen wollen. (vgl. Steingass zit. n. Leonhardt & Mühler 2006)

Wie wir im weiteren Verlauf dieser Arbeit sehen werden, steckt in dieser Perspektive die Gefahr einer Kategorisierung und Reduzierung von Menschen auf krankhafte Symptome.

Aber, um wieder den Bogen zu der wichtigen Botschaft dieses Kapitels zu spannen - hier nochmals die Kernaussage, um die es dem Verfasser geht:

Sowohl die allgemeine medizinisch-psychologische Sichtweise von Krankheit, als auch im Speziellen die Sichtweise von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen sieht Krankheit als einen Störfall der ‚Normalbiographie‘, das Normale, Gesunde wird als beeinträchtigt und krank gesehen.

14.2 Von den definitorischen Problemen von ‚Gesundheit‘, ‚Krankheit‘ und chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen (CMA) zu einer biographischen Perspektive von Alkoholismus und CMA

Wir haben im vorherigen Kapitel gesehen, dass es sich grundsätzlich schwierig gestaltet, eine Definition dessen zu erstellen, was unter ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ verstanden wird.

„Es wird fast allgemein in der Literatur hervorgehoben, daß eine allgemeingültige Definition von Gesundheit und Krankheit sehr schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. Wie meist bei einer solchen Sachlage versucht aber dennoch jeder Autor aus seiner Sicht, wenn nicht gerade eine Definition zu liefern, so doch den Gegenstand einzugrenzen, Charakteristisches hervorzuheben.“ (vgl. Welker in Jacob & Schipperges 1981, 100)

Den Personenkreis der CMA betreffend findet man in der Literatur Auseinandersetzungen, was denn nun der korrekteste Definitionsversuch sei. Beispielsweise kritisieren Leonhardt & Mühler an den Festschreibungen der Arbeitsgruppe des Bundesgesundheitsministeriums, dass eine genaue Angabe der Anzahl der Entgiftungen für die Betroffenen nicht möglich ist, dass einige willkürliche Festlegungen von Zeiträumen getroffen worden ist, wie z.B. die zurückliegende Konsumzeit von 12 Monaten, die Anzahl von 24 Hafttagen oder die Auflistung der Möglichkeiten zum Lebensunterhalt wie Prostitution oder delinquentes Verhalten. (vgl. Leonhardt & Mühler 2001, 20 –22)

Auch die weiteren Definitionsversuche der CMA sind alle unterschiedlich. (vgl. Kapitel über die Definitionsversuche) Es zeigt sich also auch hier, dass keine einheitliche Meinung darüber besteht, was einen chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen ausmacht.

Die grundsätzliche Definitionsproblematik, wie sie auch bei Gesundheit und Krankheit ersichtlich wurde, ist hier ebenfalls vorhanden.

Für Bittner liegt der wesentliche Grund für die definitorischen Differenzen wohl letztlich darin, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit immer um subjektiv fassbare Zustände handelt, die sich letztlich nicht allgemein definieren lassen:

„Der ‚Sitz im Leben‘ aller dieser Ereignisse, die wir Krankheiten nennen, ist zu verschieden: da gibt es die akuten, vor allem die Infektionskrankheiten, die restlos ausheilen und dann keine Spur im Leben, oft nicht einmal mehr in der Erinnerung der Betroffenen zurücklassen (...) . Es gibt die chronischen Krankheiten, die uns lebenslang begleiten, die das Leben

verkürzen oder es mehr oder weniger einschneidend verändern. Es gibt Krankheiten, die sich fortwährend durch Schmerz bemerkbar machen, und andere, von denen man über lange Jahre überhaupt nichts merkt. Medizinisch wie psychologisch gilt, dass man über die einzelnen Krankheiten oft sehr viel, über Krankheit im allgemeinen nur wenig aussagen kann.“ (Bittner 2001, 201)

Hier bringt Bittner die allgemeine Unmöglichkeit eines Krankheitsbegriffs auf den Punkt. Er plädiert für eine subjektive, biographische Annäherung und Auseinandersetzung mit von Krankheit betroffenen Menschen. (vgl. Bittner 2001, 203)

Krankheit gehört zwar zu den menschlichen Grunderfahrungen, und dennoch ist eine Definition immer nur aus einer individuellen Perspektive heraus möglich. Abhängig davon, wie Krankheit erlebt wurde, wie lange das Kranksein gedauert hat, wie schwer die Erkrankung war, welche Folgen sie hatte, hinterlässt sie im Gedächtnis eines jeden Menschen ihre Spuren. Darüber lässt sich dann auch sehr viel aussagen, über Krankheit allgemein aber nur sehr wenig. (vgl. ebd., 201)

Und so stellt sich auch die Frage, wer hinter der Bezeichnung CMA steckt, die ja auch nur eine objektive Krankheitsdiagnose ist. Wer sind die Menschen, was haben sie erlebt und wie sehen sie ihren Alkoholismus in Bezug auf ihr Leben?

In eine ähnliche Richtung gehen die Gedanken von Victor von Weizsäcker. Er ist der Meinung, dass die Unterscheidung zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ völlig überflüssig ist. (vgl. v. Weizsäcker 1967, 249)

Im Zusammenhang mit dem Biographischen entwirft er somit eine spezielle Krankheitslehre, die sogenannte „Biographik“ (v. Weizäcker 1956, 241 ff.):

„Da diese Lehre, nimmt man sie umfassend und konsequent, wahrscheinlich große Folgen hat, so ist hier eine Beschränkung angebracht. Sie lautet: die Krankheit soll, und zwar ausschließend, als Wirksamkeit des Ungelebten und als Verwirklichung des Unmöglichen eingesehen werden. Eine richtige Biographie kommt nur zustande, wenn sie im Sinne dieser Geschichtsauffassung aufgestellt wird. In der richtigen Biographie ist, nach Überwindung des Gegensatzes von krank und gesund, auch die neue Pathologie enthalten.“ (ebd., 249)

Er fasst zusammen: „Ja, ich behaupte, daß dies allein der Begriff von Wirkung ist, in welchem der Unterschied von krank und gesund verschwindet, aufgehoben und überflüssig wird.“ (v. Weizsäcker 1967, 249)

Er fordert neben den medizinischen Krankheitsdefinitionen „...eine Art des Einteilens, welche der Krankheitsidee, die wir vertreten, entspricht. Das ist die, welche sich aus der Lebensordnung eines Menschen in seinem Zusammenleben mit anderen Menschen (vor, mit oder nach ihm lebend) ergibt. Während ich in meinen kasuistisch gehaltenen Vorlesungen...die Krankheitseinheiten der naturwissenschaftlichen Klinik unbesehen hinnahm, wird hier eine der biographischen Methode und einer Medizinischen Anthropologie entsprechende Einteilung vertreten. Die Krankheitseinheiten sind jetzt auf den Menschen zugeschnitten.“ (v. Weizäcker 1956, 262)

In seinen einzelnen Falldarstellungen versucht er, auch die Subjekte, die Betroffenen mit ihrer individuellen Lebensgeschichte zu sehen, auch mit ihrer subjektiven Sicht von Krankheit. So schreibt er zum Beispiel:

„Die Kranke macht ihre eigene Krankheitsforschung und hat ihre eigene Krankheitstheorie.“ (ebd., 23)

Auch er lenkt damit den Blick vor allem auf das kranke Subjekt und sieht dessen Krankheit im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte als subjektive Krankheitsgeschichte bzw. -Biographie. Er sieht die individuelle Krankengeschichte als untrennbar von der Lebensgeschichte des kranken Menschen an. Der von Krankheit betroffene und getroffene Mensch ist es, der um seine Krankheit weiß.

Mit von Weizäcker und Bittner sind nun biographische Krankheitsperspektiven eröffnet worden, die eine andere Sichtweise von Krankheit und Gesundheit fordern.

Die Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit bekommt dadurch einen anderen Charakter, und es ist fraglich, ob eine solche definitorische Differenzierung überhaupt sinnvoll ist. Diese Problematik wird noch einmal deutlicher, wenn man sich speziell die Gruppe der psychischen Erkrankungen ansieht:

Denn „Seelische Krankheit wird verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie sind für sich allein nicht schon Krankheit im Sinne dieser Richtlinien, sondern...nur...wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung...nachgewiesen wurde.“ (vgl. Psychotherapie-Richtlinien 1990, zit. n. Bittner 1998, 85)

Und weiter: „Im Blick auf die deutsche Kassenregelung weist Nedelmann auf die grundsätzliche Inkompatibilität von psychoanalytischen und versicherungsrelevanten medizinischen Diagnosen hin. ‚Die Konvention – und zwar die medizinische – entscheidet darüber, ob die Manifestationen...die allgemeinen Reaktionsbereitschaften und die Symptome ‚krank‘ genannt zu werden verdienen‘. Eine mehr oder weniger ausgeprägte Neurose hat jeder; durch die versicherungsrechtliche Definition von Krankheit werden nur jene Neurosen als Krankheiten anerkannt, deren Auswirkungen ein bestimmtes Maß an Einschränkung, Schmerz, Not und Elend übersteigen‘.“ (Nedelmann 1990, zit. n. Bittner 1998, S. 85)

Hier wird dieses definitorische Problem abermals deutlich. So kommt auch Bittner zu dem Schluss, dass „Wenn man sich – wie ich – auf den Standpunkt stellt, daß irgendwo jeder Mensch einen Punkt hat, wo er seelisch leidet und mit dem Leben nicht fertig wird, dann werden...Abgrenzungen von Gesunden und Kranken vollends fragwürdig.“ (Bittner 1996 b, 13)

Und auch diese Arbeit geht davon aus, dass eine Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit schier unmöglich und definitorisch nicht eindeutig festzulegen ist.

Ziel dieser Arbeit ist es aber, Krankheit einmal anders zu betrachten.

Es geht dabei nicht um eine Kategorisierung in ‚gesund‘ oder ‚krank‘, vielmehr soll im Sinne von Weizsäcker und Bittner das Subjekt mit seiner Lebensgeschichte in den Mittelpunkt rücken. Der Patient wird also selbst zur Sprache kommen und Gegenstand dieser wissenschaftlichen Untersuchung sein. Es geht um eine Sensibilisierung für das Subjekt.

„Gemeint ist, daß keine Sache und kein Ding, sondern etwas Menschliches, das Menschliche im Menschen, zur Sprache kommen soll.“ (v. Weizsäcker 1967, 7)

Dabei geht es um eine Innenschau, die über eine bloße Ansammlung von Lebensfakten hinausgeht. Bittner macht dies an einem Beispiel deutlich:

„Wenn ein Arzt einen Patienten über viele Jahre kennt, dann hat er allerlei über ihn auf seiner Karteikarte bzw. in seinem Computer verzeichnet, vom banalen Infekt im Jahre so und so angefangen, über irgendwelche Atteste, die er ihm geschrieben hat, bis hin zu den über die Jahre hin sich allmählich verschlechternden Zucker- oder Nierenwerten...Wenn der Patient den Computerausdruck sieht, könnte er sich zum Beispiel erinnern: „Ach ja, das war im Winter 1971, als ich zum ersten Mal zu DR. X kam. Ich hatte hohes Fieber und wollte doch am nächsten Tag in den Skiurlaub fahren. Es sollte der erste gemeinsame Urlaub mit meiner Freundin werden...Der Computerausdruck des Arztes enthält die dürren Fakten; die autobiographische Erzählung gibt die Stimmung und Farbe dazu, das Erleben der Krankheit im biographischen Kontext.“ (Bittner 2001, 205)

Darum plädiert Bittner auch für einen Paradigmenwechsel von Krankheit und Gesundheit, denn er möchte sich einsetzen für eine Perspektive biographischer Art, d.h. er möchte Krankheit verstanden wissen als Ereignis im jeweils individuellen Zusammenhang des Lebens. (vgl. Bittner 2001, 203)

Der Patient als Krankheit erlebendes Subjekt soll in den Vordergrund gestellt und zum Gegenstand dieser wissenschaftlichen Untersuchung gemacht werden.

„Die Wissenschaft von lebenden Wesen hat es mit Objekten zu tun, welche selbst ein Subjekt enthalten.“ (v. Weizsäcker 1950, 92)

„Indem ich den Menschen wissenschaftlich definiere und so tue, als ob er ein wissenschaftlicher Gegenstand sei, vernichte ich den Menschen, der seinem Wesen nach gar nicht wissenschaftlich ist, anstatt ihn zu vermenschlichen.“(v. Weizsäcker 1950, 232)

Denn nur durch diese Subjektperspektive kann die Krankheit, oder speziell chronischer Alkoholismus, zu einem ‚besseren‘, anderen Verstehen gebracht werden, was in letzter Konsequenz dem Patienten, der an dieser Erkrankung leidet, wesentlich gerechter wird, denn

nun kommt der Betroffene selbst zur Sprache und kann erzählen, wie sich die Störung im biographischen Kontext auswirkt.

In der Medizin und Psychologie finden sich zwar in neuester Zeit biographische Annäherungsversuche und entsprechende Veröffentlichungen, aber diese Arbeiten haben meist einen fachspezifischen Erkenntnisgewinn zum Ziel, unter dem die Subjektperspektive wieder verloren geht. So schreibt beispielsweise Wagner:

„Geisteswissenschaftlichen Zugängen zu ihrem Forschungsobjekt eher abhold, konzentrieren sich heutige Medizinpsychologen derzeit weitgehend auf den empirisch-naturwissenschaftlichen Forschungsansatz. Dementsprechend dominieren psychophysiologische Methoden sowie Fragebogen das Spektrum ihrerseits angewandter Verfahren. Qualitative Vorgehensweisen nehmen in ihrer wissenschaftlichen Arbeit dagegen eine eher marginale Position ein. Nur zu häufig lassen sie daher außer Betracht, dass ihre ‚Forschungsobjekte‘, d.h. somatisch Kranke und deren Interaktionspartner (Mitglieder der Ärzteschaft und des Pflegepersonals) Subjekte sind, Individuen also, deren je persönliche Sicht der Dinge die ‚objektive‘ Realität lediglich modifiziert abbildet.“ (Wagner 2004, 5)

Und so weist auch Steingass in Bezug auf die Definitionsversuche der CMA darauf hin, dass dies lediglich Abbildungen sind, die nicht die Realität darstellen:

„Die Abkürzung ‚CMA‘ und auch die Formulierung, für die dieses Kürzel steht: ‚chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke‘, ist eine klassifikatorische Beschreibung, ein Abbild, Definitionen, Definitionsvorschläge, Klassifikationsversuche (Hilge, 1998; Schu, M. 1998; Arbeitsgruppe CMA, 1999; Fleischman & Wodarz, 1999; Schlanstedt et al., 2001), Abbilder und Konstrukte. Diese sprachlichen Konstrukte verhalten sich zu den Menschen, die damit beschrieben werden sollen, wie Apfelbilder zu ‚real existierenden Äpfeln‘.“ (Steingass 2003, 8)

Auch er plädiert für eine subjektive Sichtweise, bei der es den Alkoholabhängigen und den chronisch Abhängigkeitskranken nicht gibt, sondern „vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass es nur individuelle, höchst verschiedene Abhängige mit unterschiedlicher Persönlichkeit und Lebensgeschichte, unterschiedlichen Möglichkeiten, Stärken und Fähigkeiten, unterschiedlichen Interessen, Motiven, Zielen und Bedürfnissen gibt.“

(Steingass 2000, 18)

Zusammenfassend wurde in diesem Abschnitt, ausgehend von dem definitorischen Problem von Gesundheit und Krankheit, eine subjektorientierte, individuelle, biographische Sichtweise von Krankheit und im Speziellen von Abhängigkeit bzw. Alkoholismus eröffnet.

14.3 Krankheit als Normalfall in der menschlichen Biographie

In diesem Abschnitt soll noch einen Schritt weitergegangen und gezeigt werden, dass man Krankheit im Zusammenhang mit einer subjektiven Sichtweise, auch zum Leben dazugehörend, betrachten kann, also nicht als Störfaktor, sondern als je individuellen, normalen Bestandteil einer jeden Biographie.

V. Weizsäcker weist auf die enge Verbindung von Krankheit mit dem Leben in seinem Werk Pathosophie hin. Er sagt, dass Krankheiten gar nicht so selten seien, wie man meinen könnte: „Die Vorstellung, daß die Mehrzahl von uns Menschen die längste Zeit ihres Lebens gesund sei, und daß wir nur da und dort und dann und wann krank würden – diese Vorstellung ist leider ganz unzutreffend...Ebenso ist der Grundzug des sogenannten normalen Lebens, daß es, sieht man sichs nur genau an, eben nicht wirklich gesund verläuft und nur aus bestimmten Rücksichten so genannt wird. Welcher Körper wäre makellos gebildet? Welche Konstitution gegen Keime der zahlreichen Infektionen so immun, wie es doch nachweislich möglich ist? Welche Familie ist frei von erblichen Schäden? Welche Biographie ungestört durch greifbare Erkrankungen? Welches Seelenleben frei von Neurose oder pathologischen Zuständen oder Zügen?...Krank oder krankhaft ist also der vielleicht größere Teil unseres Lebens und jedenfalls ein viel größerer Teil als das, was davon bemerkt und anerkannt wird.“ (v. Weizsäcker 1967, 8)

Für den Krankheitsbegriff und die einzelnen Krankheiten stellt er weiterhin heraus,

„1. dass nicht nur der menschliche Körper krank wird, sondern alle möglichen Sphären des Lebens, und 2. dass jede Krankheit ein kasuistisches Original ist.“ (ebd., 240)

Und weiter: „Es handelt sich darum, eine Form zu finden, in der alle Krankheiten, Krankheitsverläufe, Krankheitswandlungen Platz haben. Dieses Postulat enthält bereits die Vorstellung, dass im Werden eines Menschen auch ein Werden seines Krankseins erfolgt, ja, daß das Kranksein einen Teil seines Werdens als Mensch ausmacht.“ (v. Weizsäcker 1967, 114)

Damit ist ein nächster entscheidender Gedanke auf den Weg gebracht: Nachdem wir die herkömmlichen Definitionen von Krankheit betrachtet haben, die Krankheit als Störfall in der Normalbiographie betrachten, kommen wir nun zu einer Sichtweise, die Krankheit als Normalfall betrachtet, der unweigerlich zu einer menschlichen Biographie gehört.

Bei Blankenburg finden wir einen ähnlichen Gedanken, der auch Abstand nimmt von einer Krankheitsperspektive, die als Abweichung von der Normalbiographie zu verstehen ist:

„Sosehr sich Naturvorgänge (mit Ausnahme der großen Evolutionsschritte) auf jeweils Vorhergehendes zurückführen lassen – das menschliche Ich entfaltet sich nicht minder aus dem Zukünftigen. Zwar nehmen wir zumeist an, daß es sich aus der Vergangenheit heraus entwickelt und dann gleichsam ‚von außen‘, von einem ‚Ereignis‘ (einem ‚life event‘) bzw. von einem Schicksalsschlag – etwa einer das ganze Leben verändernden Krankheit ‚getroffen‘ wird. Aber wenn man nach vielen Jahren zurückblickt, kann dieses Ereignis kaum mehr als ein ‚von außen‘ her einwirkendes, als eines, das das ‚Ich‘ von außen getroffen hat, gelten; es zeigt sich dann vielmehr als in die Geschichtlichkeit seiner Biographie ‚einverleibt‘ – als in sie hineinverwoben. Das heißt: es ‚wirkt‘ nicht nur im Sinne eines Beeinflussungsfaktors von außen, sondern wird zu einem ‚Erlebnis‘ und als solches zu einem integrierenden Bestandteil (...) seiner Biographie.“ (Blankenburg in Blankenburg 1989, 79)

In einem weiteren Aufsatz über Lebens- und Krankengeschichten zur Bedeutung der Biographie für die Psychiatrie macht er seinen Standpunkt in Bezug auf den Zusammenhang von Krankheit und Biographie deutlich:

„Die Thematik ‚Biographie und Krankheit‘ signalisiert einen Ansatz, der die Krankheit eines Menschen in sein übriges Leben, in seine Lebensgeschichte, mit einbezieht. Dies bedeutet, dass wir ‚Krankheit‘ nicht ausschließlich als eine Beeinträchtigung, als Unterbrechung oder gar als ein Durchbrechen der Biographie sehen...sondern zugleich als einen integrierenden Bestandteil der Biographie im Rahmen der gesamten Lebensgeschichte eines Menschen. Wir gelangen auf diese Weise dahin, Gesundes und Krankes in einem engeren Kontext miteinander zu sehen.“ (Blankenburg in Blankenburg 1989, 7)

In einem weiteren Weizsäcker-Zitat, das von einer medizinischen Perspektive ausgeht, wird dieser Gedanke von der Verwobenheit der Krankheit mit dem Leben und die ‚Normalität‘ von Krankheit noch einmal deutlich:

„...die Grenze der Medizin soll so verlegt werden, dass sie auch noch das Gebiet der eigentlichen Krankengeschichte umfasst. Es soll kein Leiden, keine Not geben, welche sie nicht umfasse, sie soll sich an diesem ungeheuren wenigstens im Geiste erziehen und ihr Auge üben der Totalität dessen, was Hilfe fordert. Sie soll die Grenzen der Fakultäten für einen Augenblick niederlegen und sich öffnen für den ursprünglichen Zusammenhang aller

Not des Menschen. Denn nur von hier aus kann sie ganz offen und frei werden, um die Erfahrung in sich einzulassen, welche hinter den Beobachtungen der Schule den Kern der eigentlichen, der wirklichen Krankengeschichte sichtbar, einsehbar macht. Diese Erfahrung und ihre Stufen kann sich nicht in anderen Geboten und Gesetzen bewegen als das menschliche Leben überhaupt, und man kann Gesundheit wie Krankheit nur von einer Erfahrung des Lebens aus verstehen, nicht aus sich selbst.“ (v. Weizsäcker in Janz 1999, 179 f)

In einem weiteren Zitat sagt er:

„Ein Leben, in welchem die großen Lebenskrisen nicht vorkommen, gibt es nicht. Immer ist etwas von dieser Dimension am Werke, also auch bei jeder Krankheit.“ (ebd., 23)

Krankheit ist ein Ereignis im biographischen Kontext. Es gehört zum menschlichen Leben und wird in dieser Arbeit nicht nur als Störfall innerhalb der individuellen Biographie verstanden.

Bezieht man diesen Gedanken auf den Alkoholismus, so soll die Krankheit des Alkoholismus ebenso wie jede andere Krankheit eine sein, die verwoben mit der individuellen Lebensgeschichte zum jeweiligen Menschen gehört. Sie hat ihren Platz in der jeweiligen Biographie und soll in dieser Arbeit nicht als Störfall betrachtet werden, sondern im Lebenskontext der Betroffenen, aus der subjektiven Sichtweise heraus. Was hat das Leben und die Krankheit aus ihnen gemacht? Was haben die Betroffenen aus ihrem Leben und der Krankheit gemacht?

Im nächsten Kapitel geht es um die Frage, was das Bildende an dieser subjektiven Betrachtungsweise des Phänomens Alkoholismus ist, das spezielle erziehungswissenschaftliche Interesse soll über einen ersten Annäherungsversuch verdeutlicht werden.

14.4 Das Interesse der Erziehungswissenschaft – ist Krankheit als biographisches Ereignis bildend? – Eine erste Annäherung

In dieser Arbeit sollen, wie bereits erwähnt, die Subjekte, die Betroffenen mit ihren Lebensgeschichten und ihrer Krankheit bzw. ihrem Alkoholismus zu Wort kommen.

Was ist jedoch an diesen Erzählungen bildend, und *sind* solche Lebensgeschichten bildend? Welches Interesse hat die Erziehungswissenschaft an diesen Lebensgeschichten, an Krankheit und Alkoholismus als biographischem Ereignis?

Im Folgenden geht es um eine erste Annäherung an diese Frage.

Zunächst einmal ist Krankheit oft ein bedeutendes Ereignis im Leben, wenn sie bewirkt, dass die jeweilige Lebensplanung überdacht werden muss und dass Krankheit dazu ‚geeignet‘ ist, das persönliche Lebenskonzept in Frage zu stellen. (vgl. Hansens in Janz 1999, 105)

Des Weiteren gibt es ein zunehmendes Interesse an autobiographischen Erzählungen im Gesundheitsbereich: „Sicher geglaubte Lebensperspektiven zerrinnen und bedürfen einer neuen biographischen Umorientierung. So ist es nicht verwunderlich, dass in dem Gesundheitsbereich biographische und autobiographische Schriften sich ebenfalls einer immer größer werdenden Beliebtheit erfreuen. Die steigende Anzahl von Selbstzeugnissen erkrankter Menschen, ihren LebenspartnerInnen oder Eltern kranker Kinder über den Umgang und das Leben mit Krankheit (...) sowie die Popularität von ‚einfühlsamen‘ Falldarstellungen aus der Feder von Experten...belegen sehr deutlich das Interesse an einer Auseinandersetzung über die Lebensgeschichte erkrankter Menschen.“(Hansens in Janz 1999, 105 f)

Aber auch schon bedeutende Pädagogen haben sich mit ihren ‚kranken‘ Lebensanteilen auseinandergesetzt.

So hat beispielsweise Pestalozzi in seinen *Nachforschungen* seine ganz persönliche Lebensgeschichte reflektiert, die von jahrelanger Kraftlosigkeit und psychischer Krankheit geprägt war: „Unglück, Leiden und Irrthum bogen sein Haupt, Sie entrissen seiner Wahrheit jede Kraft Und seinem Daseyn jeden Einfluß.“ (Pestalozzi 1797, 5)

Er hat dabei fortdauernd die Frage gestellt, was das Leben, wie es war, aus ihm, und was es, wie es ist, aus dem Menschen macht, er wollte wissen: „...was der Gang meines Lebens, wie

es war, aus mir gemacht hat... was der Gang des Lebens, wie er ist, aus dem Menschengeschlecht macht.“ (ebd., 6)

Durch diese Fragestellung findet er in seinen Nachforschungen eine ganz besondere persönliche ‚Kraft‘, „...eine zutiefst innewohnende Lebenskraft, die letztlich sein Leben durchdringt und gelingen lässt.“ (Bittner 1996, 79) Er hat also durch die Beschäftigung mit seiner Lebensgeschichte, die sein inneres Befinden und sein inneres Erleben beleuchtet, etwas für ihn Sinngebendes gefunden, das ihn am Leben gehalten und sein Leben besser verstehbar gemacht hat. Und dies hat einen bildenden Charakter.

Somit kann man seine reflektierte Lebensgeschichte unter dieser Fragestellung auch als Bildungsgeschichte verstehen. (vgl. ebd.)

Seine inneren Erfahrungen, und dazu gehören auch die von Krankheit geprägten Lebensphasen, und ihre Erforschung in Bezug auf sein Leben haben sich also als bildend erwiesen.

Auch Henningsen versteht die Autobiographie „...als sprachlich gestaltetes Bildungsschicksal“ (Henningsen 1981, 11) und verweist des Weiteren auf ihre ‚Bildungsintention‘ (ebd.):

„Von den verschiedenen Aspekten, unter denen ein Lebenslauf dargestellt werden kann, kommt dem der Bildung eine Vorzugsstellung zu: Lebenslauf ist Bildungsschicksal.“ (ebd.)

Damit wird deutlich, dass Lebensgeschichten, in denen es um Krankheit geht, einen bildenden Charakter haben. Somit kann das *biographische Ereignis Krankheit* im Leben eines Menschen etwas Bildendes haben.

Auch die Erforschung der Lebensgeschichten mit dem biographischen Ereignis des Alkoholismus, die inneren Erfahrungen von chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholikern, haben einen bildenden Charakter. Die Bedeutung von Krankheit für das Leben und umgekehrt wird also für die erziehungswissenschaftliche Biographieforschung interessant, vor allem in Bezug auf die lebensgeschichtliche Einbettung von Krankheit. *Krankheit als biographisches Ereignis* bedeutet also, dass Krankheiten Menschen immer auch innerhalb der individuellen Lebensbezüge betreffen, sich auf diese auswirken und wiederum von ihnen eine Beeinflussung erfahren.

Krankheit, speziell der Alkoholismus von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen, wird in dieser Arbeit deswegen unter dem Gesichtspunkt der persönlichen Biographie des Betroffenen betrachtet. Anhand eines ausführlichen Interviewmaterials soll untersucht werden, wie ein Betroffener mit seinem Alkoholismus lebt, wie er ihn erlebt, weil auch Krankheit bzw. Alkoholismus bildende Aspekte hat.

Somit beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage:

Was haben Menschen aus ihrem Alkoholismus gemacht und was hat dieser aus ihnen und ihrem Leben gemacht?

Diese Frage entspricht im Wesentlichen dem Bildungsbegriff von Bittner, der eine zentrale Rolle in dieser Arbeit spielt. Deswegen wird es im nächsten Kapitel um eine erziehungswissenschaftliche Verortung dieses Bildungsverständnisses gehen.

14.5 Bildungstheorie und das biographische Interesse der Erziehungswissenschaft

In diesem Abschnitt soll auf der Basis einer theoretischen Erörterung über Bildung das bildungstheoretische Interesse der Erziehungswissenschaft an den zu erforschenden Lebensbiographien begründet werden.

Dabei ist für diese Arbeit vor allem der Bildungsbegriff von Bittner von zentraler Bedeutung. Er knüpft an die Ergebnisse des letzten Abschnittes an:

„Bildung – das ist der Gang meines Lebens, meine persönliche Biographie unter dem Gesichtspunkt betrachtet, was ich aus dem Leben gemacht habe bzw. was das Leben aus mir gemacht hat.“ (Bittner 1996, 64)

Bittners Bildungsbegriff ist vor allem durch eine kritische Haltung gegenüber dem Begriff der Sozialisation und gegenüber dem klassischen und neuhumanistischen Bildungsverständnis entstanden.

Problematisch am Sozialisationsbegriff sieht Bittner, dass dieser von Anfang an davon ausging, dass „...das Individuum einseitig als Objekt sozialer Determination...“ (Bittner 1996 a, 57) zu verstehen ist.

Bittner kritisiert daher, dass man mit einem derartigen Verständnis von Sozialisation „...die Eigentätigkeit des kindlichen Subjekts bei der Aneignung gesellschaftlicher Muster unterschläge.“ (Bittner 1996 a, 60) Jedoch hat sich „...die Aufmerksamkeit heute in einer Weise von den sozialen Einflußfaktoren auf die assimilierende und strukturierende Eigentätigkeit des sich entwickelnden Subjekts verlagert, wie dies vor 20 Jahren kaum vorstellbar gewesen wäre.“ (Bittner 1996 a, S. 61)

Wird innerhalb der Entwicklungsforschung jedoch derart multidimensional gedacht, erscheint die Bezeichnung ‚Sozialisation‘ hierfür nicht mehr sinnvoll. (vgl. Bittner 1996 a, 61)

Da die Auseinandersetzung mit den Bildungsvorstellungen der Aufklärung und des Neuhumanismus zum Verständnis des Bittnerischen Bildungsbegriffes beitragen, sollen die wesentlichen Gedanken dieser Zeit kurz zusammengefasst wiedergegeben werden:

Im Zeitalter der Aufklärung, die einen Großteil des 18. Jahrhunderts prägt, soll der einzelne Mensch von zu straffer Lenkung befreit werden, ihm wird Freiheit und Würde im Namen der Vernunft zugesprochen. (vgl. Reble 1995, 135) Dabei ist die Vorstellung einer allgemeinen Volksbildung charakteristisch für die gesamte Aufklärung. (vgl. Reble 1995, 138)

„Die Wissenschaft und Philosophie hat...(dem Menschen, A. Schachameier) das vor Augen zu führen und ihn darüber zu belehren, wie er noch vernünftiger leben und dadurch wahrhaft glücklich werden kann. Das Denken steht also im unmittelbaren Dienste allgemeiner praktischer Zwecke...Die Begeisterung für die Ratio und noch mehr die Hinwendung zum Menschen machen das 18. Jahrhundert von Natur zum »pädagogischen Jahrhundert«...Der pädagogische Zug ist mindestens ebenso wesentlich wie der rationalistische, und beides gehört engstens zusammen...Die Aufklärung ist geradezu enthumanisiert von dem Gedanken, alle Menschen durch Belehrung zu bessern und sie geistig mündig zu machen. Der Philosoph, der Staatsmann, der Dichter, der Pfarrer, sie alle fühlen sich jetzt in erster Linie als Lehrer und Erzieher der Menschheit, und sie alle sind eifrig bestrebt, in die Breite zu wirken.“ (Reble 1995, 141)

Mit dem Bildungsbegriff der Aufklärung haben wir somit einen klassischen Bildungsbegriff vor uns, der vermutlich dem entspricht, was viele Menschen alltäglich unter dem Begriff ‚Bildung‘ verstehen im Sinne von ‚Belehrung oder Wissensaufnahme zur besseren Lebensführung‘.

Der Neuhumanismus bringt den Gedanken einer harmonischen Entfaltung aller Kräfte aus dem Geist der Antike ein, wodurch eine große klassisch-idealistische Bewegung eingeleitet wird. „Ihre allgemeinen Bildungstendenzen gelangten nun durch Humboldt und die folgenden Reformen in das Schulwesen hinein und schufen das humanistische Gymnasium. Durch das neuhumanistische Element der klassischen Epoche ist für 100 Jahre das Bildungsideal der harmonischen Totalität an die griechisch-römische Welt gekoppelt worden. Rein menschliche, harmonische Bildung, das war das ganze 19. Jahrhundert hindurch eben »humanistische« Bildung im Sinne des humanistischen Gymnasiums.“ (Reble 1995, 186)

Der deutsche Neuhumanismus Ende des „...18. und anfangs des 19. Jahrhunderts säkularisierte die ursprüngliche christl. Grundtendenz des Renaissance-Humanismus und artikulierte eine weltimmanente Bildungstheorie, die in der Freiheit der Individualität gipfelt:

frei von theolog. und sozialen Zwängen löst sich der Mensch im freien Spiel seiner Kräfte aus vorgegebenen Bindungen und gestaltet sich zur harmonischen Idealität.“ (Böhm 2000, 250)

Eine für die Schulpädagogik zentrale Bedeutung hat der Entwurf Klafkis, der versucht hat, aus diesen klassischen Bildungstheorien ein aktuelles Konzept der Allgemeinbildung zu entwerfen. Inhaltlich geht es zum Beispiel um Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs-...Solidaritätsfähigkeit und kritische Auseinandersetzung, um unter Anderem einen Demokratisierungsprozess voranzutreiben. (vgl. Klafki 1986, 474 f)

Bittner kritisiert daran, dass der konkrete Mensch mitsamt seinen Prozessen der Bildung nicht erwähnt wird; speziell im Fall von Klafki handelt es sich um einen Katalog normativer Aussagen. (vgl. Bittner, 1996 a, 62) „Über das Individuelle des Bildungsvorgangs, der sich innerhalb eines konkreten Lebens vollzieht, weiß eine solche Bildungstheorie nichts zu sagen.“ (Bittner 2001, 65)

„Das Problem bei Klafki selbst liegt darin, dass er den Bildungsbegriff des Neuhumanismus allzu umstandslos an den der Aufklärung anschließt. Der Individualitätsgedanke indessen ist erst mit dem Neuhumanismus in die Bildungsidee hineingekommen...aber die Idee vom Sich-Bilden (an Stelle des Gebildetwerdens durch irgendwelche Präzeptoren) - die Betonung der Individualität und Aktivität des Bildungssubjektes und der teleologischen Gerichtetheit des Bildungsprozesses: das ist das ‚neue Paradigma‘ der deutschen Klassik.“ (Bittner 2001, 63)

Dabei spielt der Bildungsroman eine zentrale Rolle, nach Fröhlich liefert der „Bildungsroman mit seiner Gestaltung der individuellen ‚inneren Geschichte‘ eines Menschen“ das „anschauliche Fundament für die humanistische Bildungsidee.“ (Fröhlich 1997 zit n. Bittner 2001, 63)

Analog haben die Autobiographien verstärkt an Bedeutung gewonnen und einen Beitrag bei der ‚Entstehungsgeschichte des deutschen Bildungsromans‘ gespielt: Die ‚neue‘ Autobiographie „...präsentiert die Entwicklungsgeschichte eines Helden zugleich in der Weise, dass sich in ihr die Selbstbildungsgeschichte des Autoren ablesen lässt.“(Selbsmann 1994 zit n. Bittner 2001, 64)

Somit ist also in Anknüpfung an die Neuhumanisten und die deutsche Klassik eine Bildungsidee entstanden, die verstärkt die menschliche Individualität in den Mittelpunkt rückt. Vor allem in Bezug auf den Bildungsroman lässt sich darin ein biographisches und subjektorientiertes Bildungsverständnis finden. (vgl. Bittner 2001, 65)

Hier wird also das bildende Element von Biographien, von Lebenserzählungen deutlich, dem Bittners Bildungsverständnis zugrunde liegt. Dabei ist Bittner wichtig, dass vor allem auch die Lebensgeschichte und nicht nur die Lerngeschichte betrachtet wird. Dies wird verständlicher, wenn man sich zunächst im Unterschied dazu die Auffassung von Krüger ansieht, die sich mehr an einem Menschenbild orientiert, das das Individuum als ‚lebenslang lernendes Wesen‘ versteht. (vgl. Bittner 2001)

Er weist grundsätzlich auf die Affinität zwischen der Erziehungswissenschaft und der Biographieforschung hin. „Denn ein biographischer Bezug ist der Pädagogik in ihrem Wesen nach Anleitung, Unterstützung, Hilfe in Verbindung mit der Gestaltung individuellen Lebens.“ (Krüger 1999, 14) Und weiter: „Im Zentrum des Interesses der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung steht das Bemühen, Lebensgeschichten unter dem Focus von Lern- und Bildungsgeschichten zu rekonstruieren.“ (Krüger 1999, 14) Das Hauptaugenmerk ist hier ganz klar auf die Aspekte des Lernens und der Bildung gerichtet, während der menschliche Lebenszusammenhang des einzelnen Subjektes kaum berücksichtigt wird.

Der bildungs- oder lerntheoretische Entwurf von Schulz kommt der Auffassung von Bittner schon näher, bei ihm finden wir eine engere Verflochtenheit mit der jeweiligen Lebensgeschichte und dem individuellen Lebenszusammenhang.

„Biographie wird verstanden als Bildungsschicksal, als Lerngeschichte, als Prozeß, Produkt und Potential in einem.“ (Schulze 1993, 33)

Etwas ausführlicher, mit Bezügen zu anderen Autoren, formuliert er:

„Lernen meint hier nicht irgendein Lernen, sondern ein Lernen besonderer Art: ‚Lernen als innere Erfahrung‘, als ‚Aufbau von Lebenssinn und Ich-Erfahrung‘ (Maurer 1981, 110), als Ausbildung und Aufrechterhaltung persönlicher Identität, als ‚lebensgeschichtliches Lernen‘ (Schulze in diesem Band, 195), als ‚biographische Selbstreflexion‘ (Gudjons u.a. 1986) und

als perspektivische ‚biographische Konstruktion‘ (Herrmann 1987), als ‚Ich-Konstruktion‘ (Baacke 1986)“ (Schulze 1993, 34)

In diesen Ausführungen ist deutlich eine erweiterte Sichtweise von Bildung zu erkennen, welche die Lerngeschichte um die je individuelle Lebensgeschichte mit einbezieht.

In dieser Tradition hat auch Bittner seinen Bildungsbegriff formuliert. Weil dieser Bildungsbegriff der Ausgangspunkt und das zentrale Verständnis dieser Arbeit wiedergibt, soll er hier noch einmal erscheinen:

„Bildung – das ist der Gang meines Lebens, meine persönliche Biographie unter dem Gesichtspunkt betrachtet, was ich aus dem Leben gemacht habe bzw. was das Leben aus mir gemacht hat.“ (Bittner 1996, 64)

Dabei handelt es sich um einen ‚nicht-normativen‘, ‚nicht-präskriptiven‘ Bildungsbegriff, der ein biographische Interesse impliziert. (vgl. Bittner 1996, 64)

Wie wir in der Herleitung gesehen haben, entfernt sich Bittner also deutlich von einem normativen Bildungsverständnis. Demnach ist alles Leben immer auch Bildung. „Alles menschliche Leben ist Lerngeschichte.“ (Henningssen 1981, S. 7) Und demnach ist auch Krankheit und Alkoholismus unter diesem Aspekt immer bildend.

Also sind die Erzählungen der interviewten chronisch mehrfach geschädigten Alkoholiker Bildung. Das subjektive Erleben von Menschen mit der Krankheit Alkoholismus wird in dieser Arbeit unter dem Aspekt der Bildung betrachtet, weil Krankheit zum menschlichen Leben, das immer auch Bildung ist, gehört.

Alkoholismus als biographisches Ereignis am Beispiel chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger soll betrachtet werden. Die Betroffenen sollen erzählen, wie sich ihr Leben und ihr Alkoholismus entwickelt hat, es sollen individuelle Sinnzusammenhänge deutlich werden, die untrennbare Verflechtung von Erkrankung und Leben soll sichtbar gemacht werden, der jeweils individuelle „Sitz im Leben“ (Bittner 2001, 201) soll sich zeigen.

Das Innenleben, das anhand dieser Subjektperspektive deutlich wird, soll sensibilisieren und zu einem besseren und anderen Verständnis beitragen. Dabei wird Alkoholismus als Bestandteil des jeweiligen Lebens betrachtet und nicht als Störfall.

Darüber hinaus entwickelt Bittner auf der Basis seines Bildungsbegriffes den Begriff der ‚Subjektkonstitution‘ als Alternative. (vgl. ebd., 56) Damit meint er:

„Sein Leben ‚fortschreiben‘ wie einen Text, oder fortweben wie einen Teppich – nicht auf Logik und Harmonie bedacht, sondern auf individuelle Stimmigkeit, nicht nach Schablonen und Klischees (keine vorgefertigte ‚Biographie‘), sondern aus dem Empfinden heraus, selber etwas zu machen, eine Spur zu ziehen in der Welt – das wäre Bildung, das wäre Individuation heute.“ (Bittner 2003, 181).

In einem deskriptiven Sinne meint also Bildung den Vorgang, wie sich im individuellen Lebensverlauf Menschen in der Welt als Subjekte konstituieren, wie sie das werden, was sie sind. (vgl. Bittner 2001, 66)

Und unter diesem Blickwinkel sollen auch die Interviews betrachtet werden, die eine Art Rückschau von einem bestimmten Jetzt-Standpunkt aus sind, die das biographische Ereignis Alkoholismus betrachten und herausfinden möchten, welchen Stellenwert dieses Ereignis im Leben dieser Menschen hat, und wie solche Ereignisse Bildungserfahrungen implizieren können.

Im nächsten Kapitel sollen auf der Basis des bereits angesprochenen Interesses an der subjektiven Perspektive von Lebensbiographien weitere Gründe angeführt werden, die den Verfasser bewegt haben, eine Arbeit mit dieser Themenwahl zu schreiben. Den Ausgangspunkt bilden Erfahrungen aus der Praxis des soziotherapeutischen Therapiealltags und die neuesten Entwicklungen in diesem Bereich.

15. Rund um die Soziotherapie: Wo kommt das Subjekt zu Wort?

In diesem Abschnitt soll es darum gehen, einen Trend in der soziotherapeutischen Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger zu beschreiben und zu kritisieren, der von Seiten der Kostenträger bestimmt wird und immer mehr Einfluss auf die Arbeit mit den Betroffenen hat, vor allem auf die Dokumentation und dadurch auch auf die Betrachtungsweise der zu behandelnden Menschen insgesamt.

So wird zur Begründung bzw. zur Ermittlung des Hilfebedarfs ein immer mehr auf Operationalisierung abzielendes, kategorisierendes, klassifizierendes, und objektivierendes Dokumentationssystem verpflichtend gefordert, um letztlich im Sinne von Selbstbestimmung, Qualitätssicherung und Rationalisierung eine statistische Überprüfbarkeit von Seiten der Leistungsträger zu ermöglichen. Dies ermöglicht eine bessere Kontrolle über die zu vergebenden Gelder, da der Hilfebedarf genauer bemessen werden kann.

Jedoch führt ein fehlendes Bewusstsein und eine blinde Übernahme dieses Paradigmas zu einem schleichenden Einzug eines reduktionistischen, mechanistischen und kategorisierenden Menschenbildes.

Dieser Trend, der im Folgenden ausführlich dargestellt wird, ist sehr kritisch zu bewerten. Mit der Arbeit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, das Bewusstsein dahingehend zu schärfen, dass dieses ‚aufgepfropfte‘ kategorisierende, reduktionistische Paradigma von Seiten der Kostenträger nicht das Menschenbild sein kann, auf deren Grundlage wir die chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen behandeln.

Dies wird durch die Einführung der Subjektperspektive gewährleistet. Damit wird dem Trend in der Soziotherapie und Suchttherapie eine nicht auf Objektivität abzielende Perspektive ergänzend gegenübergestellt, welche die Betroffenen mit ihren Empfinden in ihrer Subjektivität zu Wort kommen lässt und das jeweilige Leben rückblickend biographisch unter dem Aspekt der Bildung betrachtet.

Den angesprochenen Trend im Bereich der Soziotherapie, bei dem die Leistungsträger verstärkt effiziente Leistungsnachweise von den Leistungserbringern fordern, um den Hilfebedarf genauer berechnen und überprüfen zu können, hat im Jahre 2004 bayernweit zur Einführung des so genannten Gesamtplanverfahrens nach § 58 des zwölften Sozialgesetzgebungsbuches (SGB XII) geführt. (vgl. Boorberg 2004, 27)

Dazu muss man wissen, dass die Finanzierung einer Soziotherapie meist über die Eingliederungshilfe nach dem fünften Kapitel des SGB XII § 53 in Bezug auf § 2 Abs. 1 Satz 1 des SGB IX erfolgt. Dort wird definiert: „Behinderung. (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (Beck 2006, 6)

In den Kommentaren zu diesem Gesetz wird wieder der Bezug zu Krankheit deutlich, wenn erklärt wird, was seelisch wesentlich behinderte Menschen nach § 3 Einglh-VO sind:

„Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge haben können, sind Nr. 1 körperlich nicht begründbare Psychosen, Nr. 2 seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Nr. 3 Suchtkrankheiten, Nr. 4 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“ (AG Gesamtplanverfahren 2004)

Somit können schwere Suchterkrankungen als seelische Behinderung eingestuft werden, um eine Finanzierung über die Eingliederungshilfe zu gewähren.

Und nebenbei bemerkt, hier haben wir eine weitere Definition, die festlegt, was normal und ab wann ein Mensch nicht normal, krank oder in Bezug auf die Begrifflichkeiten des Gesetzestextes behindert ist. Diese generellen Definitionsschwierigkeiten wurden ja im Kapitel über Krankheit und Gesundheit ausführlich dargestellt, und es wurde darauf hingewiesen, dass es in dieser Arbeit eben nicht um Kategorisierungen geht, sondern um subjektive biographische Erzählungen der Betroffenen.

Dabei bezieht sich das neunte Buch des SGB IX auf den §1, der folgendermaßen lautet:

„§ 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken...“ (Beck 2006, 6)

Hier wird deutlich, warum die Definition von Leonhardt & Mühler so explizit die soziale Desintegrität betont: Damit soll vermutlich der Hilfebedarf im Sinne einer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gerechtfertigt werden.

Dieser Auszug aus dem Gesetzestext hat jedoch wieder ökonomische Bedeutung, denn wird bei einem Alkoholabhängigen eine solche Behinderung im Sinne des Gesetzestextes festgestellt, so ist der überörtliche Sozialhilfeträger für die Finanzierung von Maßnahmen zuständig und nicht die Krankenkasse.

Nach dem bereits oben erwähnten fünften Kapitel des SGB XII „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ erhalten „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von §2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind ... Leistungen der Eingliederungshilfe...“ (Boorberg 2004, 25)

Nach § 54 SGB und in Bezug auf § 27 SGB XII „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (vgl. Boorberg 2004, 17) gehört zu diesen Leistungen auch die stationäre Rehabilitation, und dazu zählen eben auch die soziotherapeutischen Einrichtungen. (vgl. ebd., 26)

Dies aber hat zur Folge, dass für den Betroffenen ein Gesamtplan nach § 58 erstellt werden muss: „(1) Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf.“ (ebd., 27)

Dieser Gesamtplan gibt das oben angesprochene Dokumentationsschema vor, die so genannten Hilfeplanungs- und Entwicklungsberichte (HEB – Bögen). (vgl. AG Gesamtplanverfahren 2004)

Ein ‚Leistungsberechtigter‘ wird demnach in fünf Bereichen beschrieben, um den Hilfebedarf festzulegen (siehe Abbildung auf der folgenden Seite):

‚Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisen, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)‘, ‚Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen‘, ‚Selbstversorgung und Wohnen‘, ‚Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung‘, ‚Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben‘. (vgl. AG Gesamtplanverfahren 2004)

In jedem Bereich kann dann unterschieden werden zwischen der Notwendigkeit von „keiner Hilfestellung, Information und Beratung, Erschließung von Hilfen im Umfeld, individueller Planung, Beobachtung Rückmeldung, begleitender, übender Unterstützung, intensives individuelles Angebot“ (ebd.)

Darüber hinaus müssen in jedem Bereich Ziele und Maßnahmen definiert werden.

Der Betroffene darf auch kurz Stellung zu diesem HEB-Bogen nehmen.

	aktuelle Situation Probleme und Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfs	Förderziele	Maßnahmen
Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche, Medikamente)		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot		
Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot		

Selbstversorgung und Wohnen		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot		
Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot		
Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben		<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot		

(vgl. AG Gesamtplanverfahren 2004)

Der Zwang, nach diesen Hilfeplanungs- und Entwicklungsberichten dokumentieren zu müssen, hat verstärkt dazu geführt, dass sogar vermehrt EDV-gestützte Dokumentationssysteme, die dieses Berichtssystem enthalten, entwickelt worden sind. Viele Einrichtungen arbeiten auch schon danach.

Schon allein aus Zeitgründen wird in den Einrichtungen hauptsächlich so gearbeitet und dokumentiert, dass diese Berichte immer fristgerecht ausgefüllt sind, um den Hilfebedarf beim zuständigen Träger zu rechtfertigen und um sich dadurch finanzieren zu können.

Sicherlich hat dieses System seine strukturellen Vorteile, aber, um wieder den Bogen zur Begründung der Subjektperspektive in dieser Arbeit zu spannen, kommt der Verfasser nun wieder zur Kritik an diesem System:

Durch die Fokussierung auf dieses Dokumentationssystem werden Menschen vermehrt kategorisiert, klassifiziert und bewertet, die Kosten- oder Leistungsträger nehmen verstärkt Einfluss auf die Sichtweise der zu behandelnden abhängigen Menschen.

Es wird zunehmend in Kategorien, messbaren Zielen und Maßnahmen gedacht und dadurch wird im Alltag der Soziotherapie ein Mensch, ein chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger, durch fünf, diesen Bereichen entsprechenden Brillen betrachtet. Es besteht die Gefahr, dass immer mehr der Mensch in seiner Ganzheit, mit seiner Geschichte, mit seinem Leben, mit seiner individuellen Biographie aus dem Blickwinkel verschwindet, weil sich dieses verbindliche kategorisierende Paradigma in den Vordergrund drängt.

Vor allem wird dieser Trend durch den Rechtsanspruch auf das persönliche Budget nach SGB IX § 9 und § 17 nochmals verstärkt werden. So wird es nach SGB IX § 9 ein Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten geben. (vgl. Beck 2006, 8)

Dies wird im Bereich der Wiedereingliederungshilfe nach § 17 Abs. 6 bis zum 31.12.2007 in Modellprojekten getestet. (vgl. Beck 2006, 13)

Im Bereich der stationären Soziotherapie wird dies in Zukunft wahrscheinlich so aussehen, dass sich ein Hilfeempfänger aus den oben genannten fünf Modulen im Sinne der Selbstbestimmung aussuchen kann, welche Leistungen er in Anspruch nehmen möchte und welche nicht. Dadurch kann es passieren, dass sich ein Hilfeempfänger beispielsweise nur den Bereich „Arbeit und Aufgabe“ in der Einrichtung erkauft. Diese auf Selbstbestimmung abzielende Rationalisierung wird unweigerlich zu einer reduzierten Sichtweise der zu behandelnden Menschen führen, und zwar im oben beschriebenen Sinne.

Der Verfasser vertritt die These, dass dem Gesamtplanverfahren bzw. der Sozialgesetzgebung ein den ökonomischen Interessen entgegenkommendes, lineares mechanistisch-determinierendes Menschenbild zu Grunde liegt, bei dem der Mensch als ein primär auf Selbstbestimmung abzielendes Wesen gesehen wird, in Bezug auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Individuelle, aus der Lebensgeschichte verstehbare Prozesse und Entwicklungen können mit diesem System und diesem Menschenverständnis kaum erfasst werden. Ebenso klammert ein auf Selbstbestimmung abzielendes Paradigma unbewusste Elemente und Dynamiken der menschlichen Psyche aus. Diese Sichtweise zielt auf Operationalisierung und statistische Auswertung ab, nicht auf die Erfassung eines Menschen in seiner Ganzheitlichkeit mit seinen psychischen Dynamiken und biographischen Bezügen. Der Innerlichkeit der Betroffenen, die oftmals nur „metaphorisch“ (Bittner 1998, 83) beschrieben werden kann, wird hier kaum Raum gegeben. Der Mensch wird reduziert, und dieser Reduktionismus birgt die Gefahr in sich, dass der Mensch nicht angemessen gesehen wird.

Ausgeklammert werden prozesshafte übergreifende Entwicklungsschritte, die eben nicht durch ein lineares Abhandeln von festgelegten Maßnahmen und Zielen erreichbar sind.

Ein Bewusstsein dafür, dass es sich bei diesem Paradigma um ein von den Kostenträgern impliziertes handelt, darf nicht verloren gehen.

So stellt sich im Bereich der Soziotherapie die Frage nach der Subjektperspektive: Wo kommen die Betroffenen zu Wort? Es gibt zwar die Möglichkeit, in den Hilfeplan- und Entwicklungsbögen Stellung zu nehmen (vgl. AG Gesamtplanverfahren 2004), erfahrungsgemäß bezieht sich dieser Kommentar jedoch auf die geplanten Ziele und Maßnahmen und auf eventuelle weitere Wünsche. Die Leistungsberechtigten sprechen nicht über ihr subjektives Empfinden, in der ihre Lebensgeschichte mit ihrer Krankheit, mit ihrem Alkoholismus in einem biographischen Sinne zum Ausdruck kommt.

Deswegen schafft diese Arbeit einen Raum für dieses subjektive Erleben mit den je individuellen Sinnzusammenhängen, einen Raum, der neben den mehr objektiven, quantitativen Betrachtungsweisen seine Berechtigung hat.

Der beschriebene kategorisierende Trend macht sich aber noch andersweitig bemerkbar:

Zur Bestimmung des einzelnen Hilfebedarfs sind nun auch ‚Diagnosesysteme‘ geschaffen worden, um einen übergreifenden Hilfebedarf sichtbar zu machen. Dazu zählen die zahlreichen Definitionsversuche für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, die schon ausgiebig kritisiert worden sind. (vgl. Kapitel über die Definitionen) Grundlage für eine mögliche Einteilung ist dabei immer die Diagnose Alkoholabhängigkeit nach ICD-10.

Hier noch einmal das treffende Steingass-Zitat:

„Die Abkürzung ‚CMA‘ und auch die Formulierung, die für dieses Kürzel steht: ‚chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke‘, ist eine klassifikatorische Beschreibung, ein Abbild, Definitionen, Definitionsvorschläge, Klassifikationsversuche (Hilge, 1998; Schu, M. 1998; Arbeitsgruppe CMA, 1999; Fleischman & Wodarz, 1999; Schlanstedt et al., 2001), Abbilder und Konstrukte. Diese sprachlichen Konstrukte verhalten sich zu den Menschen, die damit beschrieben werden sollen, wie Apfelbilder zu ‚real existierenden Äpfeln‘.“ (Steingass 2003, 8)

Obwohl derartige Systeme natürlich auch sein müssen, um eben eine statistische Aussage über den Hilfebedarf zu machen, oder um einen solchen individuell festzustellen, sind sie auch äußerst kritisch zu bewerten, denn ihre Einführung „...brachte...erhebliche Nachteile mit sich. Die Operationalisierbarkeit der Krankheitsdefinitionen wurde mit einer rigiden Beschränkung auf den Verhaltensaspekt erkaufte. Die Frage der motivationalen, situativen und biographischen Verknüpfungen des Krankheitsgeschehens wurde an den Rand gedrückt – eben weil entsprechende Feststellungen zumeist nicht operationalisierbar sind.“ (Bittner 1996 b, 23)

Somit sei hier noch einmal gesagt, dass diese Definitionsinstrumente nur Abbilder sind, hinter denen sich Menschen mit ihrer individuellen Lebensgeschichte, mit ihren individuellen Empfinden und Sinnzusammenhängen verbergen.

Dies gilt auch für die ICD-Kriterien, so heißt es z.B. im Vorwort zur deutschen Übersetzung des ICD-10: „Die ICD-10-Forschungskriterien dagegen sind strenge und komplexe operationalisierte Kriterien, die für wissenschaftliche Untersuchungen zu einer Stichprobenhomogenisierung beitragen sollen.“ (Dilling 2004, 9)

Die Gefahr, die ein verstärkter Kostendruck in Verbindung mit einer vermehrten Forderung nach Hilfebedarfsnachweisen bringt, ist die, dass dadurch ein Paradigma aufgedrängt wird, das den Menschen reduziert auf Kategorien, auf operationalisierbare Merkmale oder auf Ziele.

Deswegen ist es notwendig, neben diese Paradigmen eines zu stellen, das den Menschen in seiner Subjektivität wissenschaftlich betrachtet und zu Wort kommen lässt. Und dies soll in dieser Arbeit geschehen.

Insgesamt ist auch die Landschaft der Suchttherapie und Suchtforschung vorwiegend von empirischen, evidenzbasierten Ansätzen geprägt. Es besteht ein Mangel und damit ein Nachholbedarf an subjektorientierten Forschungsansätzen.

Zu fragen ist, was wird in vielen empirischen Studien, welche die Grundlage einer evidenzbasierten Therapie sein sollen, gemessen und gezeigt? Häufig werden nur Merkmale, isoliert von anderen Einflussgrößen, gemessen und statistisch gesichert nachgewiesen. Und dies entspricht in den seltensten Fällen der Realität und dem Lebenskontext. Die individuellen Ursachen einer Suchterkrankung sind so vielfältig und mit dem jeweiligen Lebensumfeld so verwoben, dass einzelne oder mehrere Variablen als bestimmende Wirkfaktoren nur schwer zu verallgemeinern und auf den Einzelfall übertragbar sind. So ist der quantitative wissenschaftliche Nachweis von Variablen z.B. zur Behandlungsbegründung sicherlich sinnvoll, im konkreten Fall, in Bezug auf das Leben eines Menschen, aber nicht unbedingt hilfreich.

So wird dem Laborexperiment „...eine vergleichsweise hohe interne Validität zugesprochen, d. h. daß die beobachteten Effekte (Veränderungen bzw. Unterschiede) in den abhängigen Verhaltensvariablen aufgrund der Ausschaltung von Störeinflüssen eindeutig auf die Wirkung der planmäßig (experimentell) veränderten Faktor- bzw. Stimulusvariablen zurückgeführt werden können. Demgegenüber gilt das Laborexperiment als mit der Hypothek einer relativ geringen externen Validität, d. h. einer geringen Verallgemeinerbarkeit auf andere Personengruppen, Zeitpunkte, Situationen oder Stimuluskriterien, belastet.“ (Spöring 1995, 19)

In Bezug auf die vielen standardisierten Forschungszugänge im Suchtbereich, die vorab Variablen festlegen, oftmals in Form von Fragebögen, kann man sagen:

„Eine standardisierte Befragung weist vergleichsweise viele Merkmale der Künstlichkeit auf: die Verhaltensstimuli (die genau vorformulierten Fragen) und das Bewusstsein des gezielten Befragtwerdens tragen klar artifizielle Züge; das Antwortverhalten ist im Fall geschlossener (Auswahl-) Fragen ebenfalls unnatürlich, im Fall offener Fragen, bei denen der Befragte seine Antwort selbst formulieren kann, weniger.“ (Spöring 1995, 25)

Damit wird eine kritische Haltung gegenüber den empirischen Forschungsansätzen deutlich, die in dieser Arbeit vertreten wird – nicht im Sinne einer gänzlichen Ablehnung, sondern im Sinne eines Bedarfs an ergänzenden qualitativen Forschungen im Suchtbereich.

Denn gegenüber den quantitativen Ansätzen hat die qualitative, erziehungswissenschaftliche Subjektperspektive unter anderem vor allem einen entscheidenden Vorteil:

„Mit der autobiographischen Aussage haben wir einen ‚Angeklagten‘ vor uns, der spricht; mit dem empirischen Faktum haben wir es mit einem ‚Angeklagten‘ zu tun, der stumm ist. Der sprechende Angeklagte kann uns täuschen – zugegeben. Aber die Möglichkeit des Getäuschtwerdens ist angesichts des stummen Angeklagten nicht geringer...Es ist dieses dialogstiftende Wesen der autobiographischen Aussage, das ihr für die Erziehungswissenschaft einen Wert verleiht, den das empirische ‚stumme‘ Faktum nicht haben kann.“ (Henningsen 1981, 31)

Die ausführlichen Darstellungen sollten zeigen, wie viele unterschiedliche quantitativ nachweisbare Wirkfaktoren zu einer Suchterkrankung und zu deren Aufrechterhaltung führen können! Die unterschiedlichen Definitionen, die neurobiologischen, systemischen, medizinischen, tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, entwicklungspsychologischen und soziologischen Perspektiven, zielen letztlich doch wieder darauf ab, Verallgemeinerungen und objektive Aussagen treffen zu können.

Aber welche Faktoren davon auf die je individuelle Lebensgeschichte zutreffen, erfährt man letztlich nur durch die Betrachtung und Interpretation der jeweiligen Erzählungen.

Und eben dies soll das Anliegen dieser Arbeit sein, dem Subjekt in der durch quantitative Forschung geprägten Suchtlandschaft zu Wort zu verhelfen, um zu zeigen, dass die Lebensverläufe individuell verschieden sind, mit je unterschiedlichen Sinnzusammenhängen.

In dieser Linie und geleitet von einem qualitativen, sinnverstehenden, hermeneutischen Verständnis soll auch die Fremdsicht, die Sichtweise der behandelnden Therapeuten, miteinbezogen werden. Darum soll es im nächsten Kapitel gehen.

16. Die Sichtweise der Therapeuten – von der ‚doppelten‘ zur ‚dreifachen Subjektivität‘

Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist die Beleuchtung der Lebensgeschichten chronisch mehrfach beeinträchtigter Alkoholabhängiger. Um diese subjektive Betrachtungsweise zu intensivieren, soll diese um die Sichtweise der Therapeuten ergänzt werden, indem die behandelnden Therapeuten über die Betroffenen berichten. Dadurch können die Erzählungen der Betroffenen über ihr Leben zu einem tieferen Verstehen geführt werden. Dies führt letztlich bei der Interviewinterpretation von einer „doppelten“ (Baacke 1979 u. a., 9) zu einer „dreifachen Subjektivität“.

Die methodischen Prinzipien des hermeneutischen Verstehens im Sinne einer hermeneutischen Psychologie nach Bitter, die in den folgenden Kapiteln über die qualitative, erziehungswissenschaftliche Biographieforschung und im Kapitel über die wissenschaftliche Methode ausführlich dargestellt werden, sollen auch hier grundlegend sein.

In diesem Abschnitt wird begründet, warum und wie die Fremdsicht der Betroffenen in dieser Arbeit neben dem Hauptanliegen der Subjektperspektive eine zusätzliche Rolle spielen soll:

Zum einen sind es die Erfahrungen des Therapiealltags, der tägliche Umgang mit den Klienten, welche zeigen, dass vor allem bestimmte Verhaltensweisen immer wieder zu Tage treten. Dazu zählen viele Manipulationsversuche, z. B. „sich Darstellen wollen“, „Schwächen überdecken wollen“, „Dinge ausblenden wollen. In Teambesprechungen zeigt sich häufig eine andere Realität, nämlich dass die geschilderten Verhaltensweisen oftmals ‚Selbstüberschätzungen‘ und ‚Selbstdarstellungen‘ sind. Vermutlich besteht also eine je individuelle Abweichung zwischen Eigen- und Fremdsicht.

Weitere Hinweise in die Richtung eines unterschiedlichen Fremd- und Selbstbildes von den Betroffenen haben wir in dieser Arbeit auch von den Theorieansätzen aus dem ersten Teil der Arbeit bekommen – natürlich in einem verallgemeinernden, zusammenfassenden Sinne:

Einen ersten Anhaltspunkt, der auf ein divergentes Selbst- und Fremdbild gerade bei Alkoholikern hinweist, finden wir bei der Testdiagnostik. So wird beim MALT-Test (vgl. Feuerlein et al. 1979) sowohl die Eigen- als auch die Fremdsicht der Betroffenen abgefragt.

Einen weiteren Beitrag in diese Richtung finden wir bei Norris & Eastman, die in ihrem Selbstkonzept von einer Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbstbild sprechen. (vgl. Eastman & Norris 1982) Dies lässt vermuten, dass womöglich Außenstehende eher erkennen, dass Pläne, Zukunftserwartungen etc. der Betroffenen nicht sehr realistisch sind.

Auch im Zusammenhang mit hirnorganischen Beeinträchtigungen kann es zu unrealistischen Selbsteinschätzungen kommen, vor allem in Bezug auf das Planungsverhalten, beispielsweise durch unorganisiertes Handeln, mangelnde Planungsvorbereitung und Verlust der zeitlichen Dimension. (vgl. Cramon 1988, 250-253) Stuss & Benson zählen den Mangel an realer Selbsteinschätzung zu den zentralen Symptomen bei Frontalhirnschäden. (vgl. Stuss & Benson 1986, 121ff.) Die nichtadäquate Bewertung der eigenen Erkrankung im Sinne einer Anosodiaphorie: („Nichtzugänglichkeit“) zählen für Kolb & Wish zu den wesentlichen Merkmalen bei frontalen Läsionen, und auch für Koch ist diese mangelnde Einsichtsfähigkeit ein typisches Symptom. (vgl. Kolb & Wish 1990, 476; Koch 1994, 107)

Weitere Divergenzen zwischen der Eigen- und Fremdsicht können sich durch die alkoholbedingten Einbußen im Gedächtnisbereich ergeben, insbesondere in Bezug auf Schädigungen im episodisch-autobiographischen Gedächtnis, das biographische Inhalte speichert. (vgl. z.B. Kopelman 1999)

Im Zusammenhang mit den spezifischen Abwehrmechanismen von Alkoholikern (vgl. Schneider 2001, 190 f.; Wallace 1978; vgl. Kapitel über Abwehrmechanismen), wie Verleugnen, Rationalisieren, Alles-oder-Nichts-Denken, Problemvermeidung usw., die Wallace als typisch erlernte Verhaltensweisen durch die langjährige Abhängigkeitskarriere betrachtet, wird die Vermutung einer Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdsicht besonders bei chronisch Abhängigen bestärkt. „...I assume that an alcoholic PDS (preferred defense structure, Armin Schachameier) exists and that it is the outcome of alcoholism, not an antecedent condition.“ (Wallace 1978)

Diese „preferred defense structures“ können die beobachteten Phänomene aus der Praxis erklären, jedoch mehr in einem kategorisierenden Sinne.

Für diese Arbeit stellen diese beschriebenen Abwehrmechanismen zunächst einen weiteren Hinweis auf eine divergente Eigen – Fremdsicht speziell bei Alkoholikern dar.

Insgesamt lassen es aber die Eindrücke aus der Praxis und die Anhaltspunkte aus der Literatur also sinnvoll erscheinen, zu den subjektiven Lebensgeschichten auch die Fremdsicht der Therapeuten hinzuzunehmen. Das weitere Anliegen dieser Arbeit ist also, die Unterschiede der Eigen- und Fremdsicht chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger zu erfassen. Am jeweiligen Einzelfall soll untersucht werden, wie und wo sich die Eigensicht der Betroffenen und die Fremdsicht der Therapeuten unterscheiden, und wie etwa Erzählstücke ausgeblendet oder verzerrt dargestellt werden.

Dazu soll die Annahme von Abwehrmechanismen ein hilfreiches Konstrukt sein.

Da diese Arbeit jedoch einen qualitativen, subjektorientierten Forschungsansatz vertritt, soll nicht, wie es vielleicht naheliegend wäre, dazu übergegangen werden, die Abwehrmechanismen von Wallace und Schneider zu operationalisieren oder nur nach diesen in den Interviews zu suchen.

Generell wird auch nicht davon ausgegangen, dass die Abwehrmechanismen in der von Wallace und Schneider beschriebenen oder in einer traditionellen psychoanalytischen Form auftreten.

Vielmehr soll nach ‚individuellen Abwehrmechanismen‘ gesucht werden, indem in den jeweiligen Einzelfällen die Unterschiede der Eigen- und Fremdperspektive betrachtet werden. Dies basiert auf einem ‚offenen‘ Verständnis von Abwehrmechanismen, wie es Bittner (1998) in seinem Buch „Metaphern des Unbewussten“ beschreibt.

Bittner plädiert dabei für ein hermeneutisches Verständnis von Abwehr welches hier kurz erklärt werden soll:

Zunächst meint Abwehr oder Abwehroperationen (vgl. Bittner 1998, 166) allgemein: „...die Tendenz, Unlustvolles von der Wahrnehmung fernzuhalten oder wenigstens so in der Wahrnehmung umzuformen, dass es für das Ich erträglicher wird.“ (Bittner 1998, 166) Auch um dadurch in einem spezifischen psychoanalytischen Sinne „...zu verhindern, dass ein angstbesetztes inneres Thema aktualisiert wird.“ (ebd., 167)

Bittner kritisiert die Versuche, verschiedene Abwehrmechanismen zu operationalisieren und empirisch zu überprüfen: das geht immer auf Kosten einer „rigorosen Komplexitätsreduktion.“ (Bittner 1998, 177)

„Problematisch ist daran einmal die Verlegung der Konstrukte im Kopf der Therapeuten in die Patienten. Der interpretatorische Schritt kommt dabei nicht in den Blick: dass es nämlich die Therapeuten sind, die das beobachtbare Verhalten von Patienten mittels ihrer Hintergrundannahmen – meinetwegen erstaunlich gleichsinnig, aber eben doch: interpretieren. Das zweite Problematische ist, dass die Anwendung dieser Abwehrmechanismen-Konstrukte eine Vor-Annahme über ein adäquates Verhalten in der betreffenden Situation impliziert...“ (ebd., 178)

Deswegen versteht Bittner Abwehr wie folgt: „Abwehr bzw. Verdrängung ist keine vorfindbare Entität, die man untersuchen kann, sondern ein nützliches, ein unentbehrliches interpretatorisches Konstrukt.“(ebd.179)

Mit diesem Verständnis soll den Betroffenenbiographien in Bezug auf die Fremdperspektive begegnet werden. Es wird also nicht nach vorgefertigten Abwehrmechanismen gesucht, sondern es wird um ein individuelles In-Bezug-Setzen der Therapeuteninterviews zu den Betroffeneninterviews gehen. In einem hermeneutischen Verstehensprozess wird also den beiden Interviews im Sinne einer dreifachen Subjektivität begegnet und diese auf diesem Weg interpretiert.

Dabei geht es auch darum, in einem bildungstheoretischen, reflexiven Sinne eine erweiterte, vertiefte Sichtweise zu bekommen, d. h. die Lebensgeschichte aus Sicht der Therapeuten wird in Bezug auf die Betroffenenansicht unter dem Aspekt der Bildung betrachtet.

Es geht auch darum, hier die Lebensgeschichte als Lerngeschichte zu sehen, und durch die zusätzliche Therapeutenperspektive haben wir die Möglichkeit, eine vertiefende zusätzliche Sichtweise mit zusätzlichen Informationen zu bekommen. Dadurch kann die Lebensgeschichte, die Art und Weise wie erzählt wird, in einer vertiefenden Dimension gesehen werden im Sinne einer dreifachen Subjektivität. Durch die Art und Weise, wie erzählt wird, kann der Betroffene in Bezug auf die Fremdperspektive noch einmal besser verstanden werden.

Somit impliziert diese Vorgehensweise ein psychoanalytisches Verständnis nach Bittner: „Psychoanalyse hätte in diesem Kontext die Relativität von Ich-Standpunkten auf dem Hintergrund des Unzulänglichen, Nicht-Gewussten, z.T. Nicht-Wißbaren und dennoch Lebensbedeutsamen aufzuweisen.“ (Bittner 1994 zit n. Bittner 1996, 70)

Die unterschiedlichen Formen, Dinge auszublenden, zu rationalisieren oder umzudeuten sowie die dabei individuelle Vorgehensweise der Betroffenen soll im Einzelfall an Hand der Interviews beleuchtet werden.

Folgende Fragen bezüglich der Interviewauswertung der Therapeuten stellen sich: Wie sehen die Therapeuten die Lebensgeschichte der Klienten? Was lässt sich daraus in Bezug auf die subjektiven Aussagen der Betroffenen schließen? Findet man Abweichungen in den inhaltlichen und faktischen Darstellungen? Aus welcher Perspektive sehen die Therapeuten die Klienten?

Was nimmt der Verfasser auf Grund seiner eigenen Therapieerfahrung, Lebenserfahrung und Therapeutenerfahrung wahr? Des Verfassers Vorverständnis und seine Lebensgeschichte begegnet der Sichtweise der Therapeuten über die Betroffenen und, wie bereits ausführlich beschrieben, den Subjekten selbst. Dies soll als dreifache Subjektivität bezeichnet werden.

Darüber hinaus verfolgt der Versuch, die Perspektive der Therapeuten miteinzubeziehen, die Intention, Erkenntnisse zu finden, die für den therapeutischen Umgang mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen relevant sein könnten.

Wie nun dieses erziehungswissenschaftliche Forschungsinteresse wissenschaftsmethodisch zu verorten ist, soll in den nächsten Kapiteln dargestellt werden.

17. Erhebung, Transkription und Interpretation – das Forschungsdesign der Arbeit

„Zuerst wird es jeweils notwendig sein, sich durch den Berg ‚empirischer‘ Statements zum jeweiligen Thema hindurchzuarbeiten wie im Märchen vom Schlaraffenland durch den Berg von Hirsebrei – daran aufzuweisen, dass alle diese endlosen Befragungsergebnisse, die uns die empirische Forschung präsentiert, aus denaturierten und fragmentierten Erzählbruchstücken bestehen, die in ihrer wissenschaftlich präsentablen Form nur wenig Sinnzusammenhang ergeben. Dies wäre der polemisch-destruierende ‚erste Schritt‘...Der zweite besteht in der Wiederherstellung der freien autobiographischen Erzählung an einzelnen exemplarischen, extensiv interpretierten Erzählbeispielen. Die Interpretation folgt dabei nicht dem Muster sozialwissenschaftlicher Textanalyse, die in aller Regel beansprucht, klüger zu sein als der Text, sondern eher der literaturwissenschaftlichen Interpretation, die ihrem Text mit Respekt begegnet und sich sozusagen ‚unter‘ den Text stellt.“(Bittner 2001, 62)

Dieses Zitat von Bittner beschreibt den roten Faden dieser Arbeit. Denn was wurde bisher herausgearbeitet?

Wir haben uns in den ersten Kapiteln sehr ausführlich mit Definitionen, Ursachen und Folgeschäden von Alkoholismus beschäftigt, die vor allem empirische und quantitativ-statistische Untersuchungen beinhalten. Wir haben also genau das erreicht, was Bittner mit Hindurcharbeiten durch den Berg empirischer Statements bezeichnet.

Dennoch muss man feststellen, dass trotz der Masse an Daten und Informationen das Erleben der Betroffenen nicht erfasst wurde.

So war es auch Ziel der Arbeit, genau das zu zeigen. Wir haben viel erfahren über Erklärungsmodelle, Bedingungsgefüge, Definitionsversuche usw. Dadurch wissen wir viel, welche Folgeschäden Alkoholismus haben kann und wie er zustande kommen kann. Wir wissen aber nicht, wie dies im Einzelfall aussieht, und vor allem haben wir nichts über die jeweilige Innen- und Erlebnisperspektive der Betroffenen erfahren.

Keines der ersten Kapitel hat es trotz der Datenmenge geschafft, das subjektive Erleben der CMA in adäquater Weise zu beleuchten. Am Umfang dieser Abschnitte konnte also aufgezeigt werden, dass selbst die Sichtung von viel Literatur den wissenschaftlich Interessierten nicht über das Leben einer Erkrankung aus Sicht des Betroffenen aufklärt.

Es wurde also ein Berg von Wissen durchgearbeitet, der quasi um den Patienten herum existiert.

In dieser Arbeit wird es darum gehen, die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen in ihrem Erleben mit ihrer Innerlichkeit. Dies wird in der Auswertung der Interviews der Fall sein.

Der nächste Schritt besteht nun darin, die qualitative Erhebungsmethode von quantitativen Verfahren abzugrenzen und im Folgenden dann die pädagogische Biographieforschung und die wissenschaftliche Methode zu erklären.

18. Annäherung an die Erhebungsmethode der Arbeit

18.1 Qualitative Sozialforschung

Diese Arbeit wird sich, wie an mehreren Stellen bereits angedeutet, eines qualitativen Forschungsansatzes bedienen.

Doch was ist qualitative Sozialforschung bzw. was versteht man unter qualitativen Forschungsansätzen in den Erziehungswissenschaften?

Auf diese Fragen sollen die nächsten beiden Kapitel eine Antwort geben. Zunächst sollen ausführlich die Grundannahmen und die Geschichte der qualitativen Forschung beschrieben werden. In einem zweiten Schritt wird das qualitative Forschungsverständnis von den quantitativen Ansätzen abgegrenzt, um schließlich deutlich zu machen, mit welchem Grundverständnis in dieser Arbeit vorgegangen wird. Dies mündet in das Kapitel über die erziehungswissenschaftliche Biographieforschung.

Ganz allgemein kann man sagen, dass sich der Bereich der Sozialforschung auf Vorgänge und Gegebenheiten im soziokulturellen Bereich bezieht. (vgl. Hillmann 1994, 179)

Sozialforschung ist eine empirische Forschungsrichtung. „Empirische Forschung sucht nach Erkenntnissen durch systematische Auswertung von Erfahrung („empirisch“: aus dem griechischen, „auf Erfahrung beruhend“).“ (Bortz & Döring 2002, 5)

„Der Begriff ‚qualitative Forschung‘ ist ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche theoretische, methodologische und methodische Zugänge zur sozialen Wirklichkeit. Qualitative Forschung lässt sich auf verschiedenen Ebenen einerseits als eigenständige Ergänzung, andererseits als Gegensatz, Abgrenzung und besondere Akzentuierung im Verhältnis zur vorwiegend am einheitswissenschaftlichen (d. h. an den Naturwissenschaften) Paradigma orientierten experimentellen, modelltheoretischen und quantitativen Sozialforschung begreifen.“ (v. Kardorff in Flick und andere 1991, 3)

„Inzwischen sind qualitative Methoden zu einem wichtigen Segment im Spektrum der Forschungsmethoden der Erziehungswissenschaft, aber auch der Nachbardisziplinen, wie der

Soziologie, der Psychologie oder der Geschichtswissenschaft geworden.“ (vgl. Flick/Kardoff/Keupp u. a. zit. n. Krüger 1999, 202)

Wie bereits im Kapitel über die Soziotherapie und die Suchtforschung angedeutet wurde, fällt die Gewichtung von quantitativem und qualitativem Forschungsinventar zugunsten der quantitativen Forschung aus, doch gewinnen qualitative Vorgehensweisen zunehmend an Bedeutung. (vgl. Flick u.a. 1991)

„Qualitative Methoden zielen darauf ab, Lebenswelten, soziales Handeln oder Lebensgeschichten...zu untersuchen...“ (Krüger 1999, 202), und sind bemüht um eine „...möglichst authentische und komplexe Erfassung der Perspektiven der Handelnden.“ (Krüger 1999, 204)

Zum besseren Verständnis der qualitativen Forschungslinie soll nun auf ihre Entstehungsgeschichte eingegangen werden.

Bortz und Döring weisen darauf hin, dass sich der qualitative Ansatz aus einer Kritik am quantitativen entwickelt hat. Zentrale Elemente sind die Hermeneutik und die Phänomenologie. Wesentliche Impulse erhielten die qualitativen Forschungsansätze durch die Chicagoer Schule sowie durch den Positivismusstreit. (vgl. Bortz & Döring 2002, 301)

„Als methodische Alternative zur quantitativen Sozialforschung wurden seit dem 19. Jahrhundert Phänomenologie und Hermeneutik propagiert...“ (Bortz & Döring 2002, 302)

Dilthey „...erklärte die Hermeneutik zur Grundmethode der Geistes- und Sozialwissenschaften...“ (Bortz & Döring 2002, 303) „Hermeneutik ist als Methodologie der geisteswissenschaftlichen Erkenntnis demgemäß die Kunstlehre, wie sprachliche Äußerungen (in erster Linie schriftliche Texte) sinnadäquat auszulegen, wie sie in ihrem Bedeutungsgehalt auszuschöpfen sind...“ (Spöring 1995, 50)

Die Grundgedanken zur Phänomenologie gehen auf Brentano (1874) und vor allem auf Husserl zurück. Die Phänomenologie nimmt sich vor, „...durch objektive Erkenntnis das Wesen einer Sache, d. h. das Allgemeine, Invariante, zu erfassen, wobei die untersuchten Phänomene (...) so betrachtet werden, wie sie ‚sind‘ und nicht, wie sie aufgrund von

Vorkenntnissen, Vorurteilen oder Theorien erscheinen mögen.” (Lamnek 1993, 59) „Husserl konzipierte also ein Subjekt, das zur objektiven Welterkenntnis fähig ist.” (Bortz & Döring 2002, 303)

Die oben angesprochene Chicagoer Schule hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung der qualitativen Sozialforschung: „In den 20er und 30er Jahren (wurde, A. Schachameier) an der Universität von Chicago...eine besonders alltagsnahe Forschung (Auseinandersetzung mit den sozialen Problemen der Millionenstadt Chicago) betrieben. Die sog. Chicagoer Schule brachte u.a. den Symbolischen Interaktionismus und die Ethnomethodologie als einflußreiche Theorie- und Forschungsrichtungen hervor.” (Bortz & Döring 2002, 303 f)

Der symbolische Interaktionismus wurde in den 30er Jahren von Mead entwickelt. Er „...gründet ursprünglich auf den Annahmen, dass Individuen (Handlungssubjekte) auf soziale Beziehungen zu anderen zwingend angewiesen sind, um ihr Selbst bzw. ihre Identität zu entfalten und dann auch zu verwirklichen; dass der Mensch in einer symbolischen (durch Gesten, Sprache usf. vermittelten) Umwelt lebt, in der alle Gegenstände, Strukturen, Personen und Verhaltensmuster ihre spezifische Bedeutung erst durch soziale Beziehungen erhalten, d.h.: intersubjektiver Sinn in sozialen Interaktionen gewonnen, in Prozessen fortwährender Verständigung über die Bedeutung der Situation; dass alles soziale Geschehen ein offener, von kontinuierlicher Situationsdefinition, Interpretation und Revision abhängiger Prozeß ist.“ (Böhm 2000, 524) „Methodisch legt die Theorie teilnehmende Beobachtungsstudien bzw. Feldstudien (...) nahe, in denen die Forschenden an den symbolischen Interaktionen des Forschungsumfeldes beteiligt sind.” (Bortz & Döring 2002, 304)

Die Ethnomethodologie wurde in den 50er Jahren vor allem von Garfinkel entwickelt. Sie bezieht sich auf die Phänomenologie und den Symbolischen Interaktionismus und behandelt die Frage, mit welchen Techniken Menschen die gesellschaftliche Wirklichkeit und ihr Alltagshandeln mit Bedeutung ausstatten. (vgl. Bortz & Döring 2002, 304)

Als Positivismusstreit wurde nachträglich die Auseinandersetzung zwischen Vertretern des kritischen Rationalismus (Popper) und der kritischen Theorie der Gesellschaft der Frankfurter Schule (Adorno, Habermas) auf der Arbeitstagung der deutschen Gesellschaft für Soziologie 1961 in Tübingen bezeichnet. (vgl. Böhm 2000, 426) Hauptstreitpunkte waren die Frage der

Wertfreiheit der wissenschaftlichen Forschungsmethoden, die Möglichkeit der Isolation einzelner Daten und Fakten aus der komplexen, geschichtlichen gesellschaftlichen Totalität, die Bedeutung des gesellschaftlichen Entwicklungsstandes, damit auch der Stellung des Wissenschaftlers, für Forschungsprozeß, -ziel, -methode und -resultat, das Verhältnis von Empirie und Theorie, die politische Verantwortung des Wissenschaftlers für Auftrag und Verwertung seiner wissenschaftlichen Forschung. Zusammenfassend ging es um die Frage, ob Theorie ein System von Sätzen zur Erklärung von Wirklichkeit, oder ein kritisches Instrument zur Veränderung der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu mehr Mündigkeit und Demokratie sein soll. (vgl. ebd., 427)

Es ging also um die Frage nach Werten und gesellschaftlicher Verantwortung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung.

„Das ‚wertfreie‘ Vorgehen in der Tradition der Naturwissenschaften, das mit dem quantitativ-experimentellen Ansatz in die Sozial- und Humanwissenschaften importiert worden war, erweise sich keineswegs als wertneutral, sondern würde die herrschenden Machtverhältnisse unterstützen – so die Kritik der Frankfurter Schule (...) (Sie, A. Schachmeier)...warf dem empirisch-analytischen (‚positivistischen‘, ‚szientistischen‘) Ansatz vor, triviale Ergebnisse zu liefern, ein mechanistisches oder deterministisches Menschenbild zu vertreten und die Komplexität menschlicher und sozialer Realität durch die partikuläre Beschäftigung mit einzelnen Variablen zu übersehen.“ (Bortz & Döring 2002, 305)

So kam es also auf Grund von Kritik an einer zu einseitig empiristisch-positivistischen Forschungspraxis seit den 70er Jahren zu einer (gesellschafts-)kritischen (kritische Theorie) und einer erneuten Alltagswende mit verstärkter Orientierung an spekulativen bzw. verstehenden Forschungsmethoden, „...in der die klassischen qualitativen Denkformen der Hermeneutik, Phänomenologie, Strukturpädagogik und Dialektik wiederentdeckt, verstärkt mit ideologie-kritischen Impetus fruchtbar gemacht und ergänzt werden, sowohl um inhalts- und sprachanalytische, (auto-)biographische und narrative Methoden als auch um Formen teilnehmender Beobachtung in mikro- oder qualitativen Beobachtungen zur Bestätigung von Trendtheorien und -analysen in makrosozialen Zusammenhängen.“ (Böhm 2000, 179)

Des Weiteren wurden in den 70er Jahren verstärkt qualitative Methoden (offenes Interview, teilnehmende Beobachtung etc.) aus den USA importiert und zunächst vor allem hinsichtlich ihrer methodologischen Grundlagen diskutiert und vom quantitativen Ansatz abgegrenzt. (vgl.

(Bortz & Döring 2002, 306) In den 80er Jahren wurden auch in Deutschland Lehrbücher zur qualitativen Forschung geschrieben, und die qualitative Forschung entwickelte sich zur eigenständigen Disziplin. (vgl. Bortz & Döring 2002, 306)

Flick stellt in folgender Übersicht einen Überblick über die gegenwärtige Landschaft der qualitativen Forschung mit ihren „erkenntnistheoretischen Grundannahmen, theoretischen Hauptlinien, methodologischen Grundpositionen und der Methodenentwicklung...“ (Flick u. a., 2000, 19) dar:

Forschungsperspektiven

	Zugänge zu subjektiven Sichtweisen	Beschreibung von Prozessen der Herstellung sozialer Situationen	Hermeneutische Analyse tiefer liegender Strukturen
Theoretische Position	Symbolischer Interaktionismus	Ethnomethodologie Konstruktivismus	Psychoanalyse Genetischer Strukturalismus
Methoden der Datenerhebung	Leitfaden Interviews Narrative Interviews	Gruppendiskussion Ethnographie Teilnehmende Beobachtung Aufzeichnung von Interaktionen Sammlung von Dokumenten	Aufzeichnung von Interaktion Fotografie Filme
Methoden der Interpretation	Theoretisches Codieren Qualitative Inhaltsanalyse Narrative Analysen Hermeneutische Verfahren	Konversationsanalyse Diskursanalyse Gattungsanalyse Dokumentenanalyse	Objektive Hermeneutik Tiefenhermeneutik Hermeneutische Wissenssoziologie

Anwendungsfelder	Biographieforschung Analyse von Alltagswissen	Analyse von Lebenswelten Organisation Evaluationsforschung Cultural Studies	Familienforschung Biographieforschung Generationsforschung Genderforschung
------------------	---	---	---

Tab.: Forschungsperspektiven in der qualitativen Forschung (vgl. Flick u. a. 2000)

Die qualitativen Forschungsansätze sind sehr heterogen, trotzdem zeigen sich in den unterschiedlichen Ansätzen einige gemeinsame Grundannahmen. Flick und seine Mitarbeiter fassen sie wie folgt zusammen:

1. Soziale Wirklichkeit als gemeinsame Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen
2. Prozesscharakter und Reflexion sozialer Wirklichkeit
3. ‚Objektive‘ Lebensbedingungen werden durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt relevant.
4. Der kommunikative Charakter sozialer Wirklichkeit lässt die Rekonstruktion von Konstruktionen sozialer Wirklichkeit zum Ansatzpunkt der Forschung werden (vgl. ebd., 20 ff.)

Grundlegend für die qualitative Forschung sind Offenheit und Prozessorientierung, ‚sensibilisierende‘ und ‚analytische‘ Konzepte, sowie die Gegenstandsbezogenheit und die damit verbundene Verflechtung von Perspektiven und Methoden, als auch ein methodisch kontrolliertes Fremdverstehen. (vgl. von Kardorff, 413f.)

„...Qualitative Forschung geht von einem Gegenstandsverständnis aus, das die soziale Welt als eine durch interaktives Handeln konstituierte Welt begreift, die für den Einzelnen, aber auch für Kollektive sinnhaft strukturiert ist. Wenn die soziale Welt als sinnhaft strukturierte, immer schon gedeutete erlebt wird, so ist es im Rahmen von Sozialforschung, die sich am Handeln der Menschen orientiert, zunächst wichtig, die soziale Welt aus der Perspektive der Handelnden selbst zu sehen, d. h. subjektive Sinnstrukturen nachzuzeichnen. Manche Formen qualitativer Forschung beschränken sich hierauf, andere wiederum überschreiten die Ebene dieses Nachvollzuges, indem sie Regeln, Muster oder Strukturen zu erkennen suchen, die die Ebene des subjektiven Sinns überschreiten und insofern dem Handelnden nicht mehr bewusst

sind, gleichwohl aber folgenreiche Bedeutung für sein Handeln haben.“ (vgl. Lammek zit.n. Krüger 1999, 204)

„Qualitative Forschung will dem jeweiligen Gegenstandsbereich keine vorab formulierten Theoriekonzepte überstülpen, sondern Verallgemeinerungen und Modelle aus der möglichst unverstellten Erfahrung des Forschers im Untersuchungsfeld selbst gewinnen.“ (Krüger 1999, 204)

Jedoch wird in dieser Arbeit das Ziel einer Verallgemeinerung nicht schwerpunktmäßig angesteuert. Im Vordergrund stehen ganz klar die Betroffenen, die zu Wort kommen sollen mit ihren individuellen Sinnzusammenhängen und ihren jeweiligen Erlebnisperspektiven.

Die Gewinnung von allgemeinen Erkenntnissen und Modellen kann sich eventuell aus der Hinzunahme der Fremdsicht ergeben.

Qualitative Forschungsansätze räumen den Daten und dem untersuchten Feld Priorität gegenüber den theoretischen Annahmen ein. (vgl. Krüger 1999, 207) „Dabei beginnt auch der qualitative Forschungsprozess nicht als tabula rasa, sondern orientiert sich an einem Vorverständnis über das zu untersuchende Feld. Aber dieses Vorverständnis, in das auch aus der Fachliteratur gewonnene theoretische Annahmen einfließen können, wird als vorläufig angesehen und muss im Verlauf des Forschungsprozesses ständig neu formuliert werden. Ziel ist es, eine neue Theorie zu entwickeln, die auf einem wirklichen Austausch zwischen der bereits bestehenden und der sich entfaltenden Theorie beruht. (vgl. Strauss 1994 zit. n. Krüger 1999, 207)

Und auch in diesem Punkt geht es in dieser Arbeit primär nicht um die Gewinnung von neuen Modellen, da es bereits sehr viele theoretische Ansätze im Bereich des Alkoholismus gibt, es geht hauptsächlich um die Darstellung der Subjektperspektive, um über die Einzelfälle zu einem tieferen Verständnis zu kommen.

Im Folgenden sollen die Unterschiede zwischen den qualitativen und quantitativen Ansätzen noch klarer herausgestellt werden.

18.2 Die Abgrenzung zu quantitativen Ansätzen

„Im Vordergrund bei den sog. quantitativen Methoden steht die Frage, wie die zu erhebenden Merkmale operationalisiert bzw. quantifiziert werden sollen.“ (Bortz & Döring 2002, 137)

Dazu müssen Hypothesen formuliert werden und in Messvorgänge übersetzt werden, um empirisch überprüft werden zu können, d. h. sie müssen „operational definiert werden.“ (vgl. Krüger 1999, 226) „Diese Forschungslogik ist untrennbar mit dem Vorgang des Messens und der anschließenden Auswertung der Messung mit Hilfe mathematischer und statistischer Verfahren verbunden. Im Begriff der Messung kommt die Orientierung am Wissenschaftsmodell der Naturwissenschaften zum Ausdruck.“ (Krüger 1999, 226)

„Entsprechend dem Prinzip der Offenheit, an dem sich qualitative Forschung orientiert, wird auf die Formulierung von Vorab-Hypothesen verzichtet.“ (vgl. Hoffmann -Riem 1980 zit. n. Krüger 1999)

„In der quantitativen Forschung wird der Unabhängigkeit des Beobachters vom Forschungsgegenstand ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Qualitative Forschung greift dagegen auf die (methodisch kontrollierte) subjektive Wahrnehmung der Forscher als Bestandteil der Erkenntnis zurück.“ (Flick u. a. 2000, 25)

Für Fröhlich ist die subjektive Wahrnehmung in der qualitativen Forschung deren ‚wesentliches Moment‘. (vgl. Fröhlich 1997, 167)

„Quantitative Forschung ist für ihre vergleichend-statistischen Auswertungen auf ein hohes Maß an Standardisierung der Datenerhebung angewiesen. Dies führt z. B. dazu, dass in Fragebogen die Reihenfolge der Fragen wie auch die Antwortmöglichkeiten fest vorgegeben werden und im Idealfall die Bedingungen bei der Beantwortung der Fragen möglichst bei allen Untersuchungsteilnehmern konstant gehalten werden sollen. Qualitative Interviews sind hier flexibler und passen sich stärker dem Verlauf im Einzelfall an.“ (Flick u. a. 2000, 25)

Quantitative Forschung beruht also auf der Quantifizierung der Beobachtungsrealität, wohingegen qualitative Forschung mit der Interpretation verbaler Materialien arbeitet. (vgl. v. Kardorff in Flick und andere 1991, 4)

Somit hat „Qualitative Forschung...ihren Ausgangspunkt im Versuch eines vorrangig deutenden und sinnverstehenden Zugangs zu der interaktiv ‚hergestellt‘ und in sprachlichen

wie nichtsprachlichen Symbolen repräsentiert gedachten sozialen Wirklichkeit.” (v. Kardorff in Flick und andere 1991, 4)

„Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, deren Forschungslogik durch ein lineares Modell des Forschungsprozesses gekennzeichnet ist, orientiert sich qualitative Forschung an einem zirkulären Modell der Abfolge der Forschungsschritte.“ (Krüger 1999, 206)

Bezüglich der Entwicklung und der Differenzierung beider Richtungen hält Flick fest:

„Qualitative und quantitativ-standardisierte haben sich parallel zu zwei eigenständigen Bereichen empirischer Sozialforschung entwickelt. Sie lassen sich bei entsprechenden Fragestellungen auch miteinander verbinden. Dabei sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass sie sich in wesentlichen Punkten voneinander unterscheiden. So zeigen sich Differenzen der beiden Forschungsrichtungen darin, welche Formen von Erfahrung als methodisch kontrollierbar angesehen und in der Folge als erlaubte Erfahrung zugelassen werden. Dies macht sich wesentlich an der Rolle des Forschers und am Grad der Standardisierung des Vorgehens fest.“ (Flick u.a. 2000, 24f.)

Innerhalb der quantitativen Forschung kommt es also auf die Unabhängigkeit des Beobachters und auf eine vergleichend-standardisierte Datenauswertung an. Qualitative Ansätze nehmen eine ‚naturalistische Perspektive‘ ein, die das Feld von der (Alltags-)Wirklichkeit her erkunden, zum Beispiel auf den Wegen der teilnehmenden Beobachtung und des offenen Interviews. Dadurch ergeben sich subjektive Sichtweisen, die quantitative Erkenntnisse ergänzen können: „Qualitative (Fall-)Studien können repräsentative quantitative Studien differenzieren und vertiefend ergänzen und Erklärungen für zu interpretierende statistische Zusammenhänge liefern.“ (ebd.).

So ist ja, wie an mehreren Stellen beschrieben, diese Arbeit auch als eine Ergänzung der zahlreichen empirischen Studien im Suchtbereich zu sehen.

Bortz sieht den Unterschied zwischen qualitativ und quantitativ allein schon in der Frage, ob man mit oder ohne Zahlen arbeitet. Somit ist bereits eine zahlenmäßige Kodierung nominaler Antwortkategorien sowie eine Auszählung von Häufigkeiten einzelner Ausprägungsbesetzungen ein Arbeitsschritt quantifizierender Art. (vgl. Bortz 1984, zitiert nach Spöring 1995, 16)

„Qualitative Forschung ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs (...)...geht...Qualitative Forschung kann sog. harte Daten von Patienten (z. B. soziodemographische Daten, die Verteilung von Diagnosen in der Bevölkerung) ergänzen durch deren subjektive Sichtweisen – etwa Vorstellungen über die eigene berufliche Zukunft im Angesicht einer Erkrankung, ihre Zufriedenheit mit bestimmten Versorgungsleistungen.“ (Flick u. a. in Flick u. a. 2000, 24 f)

Bezüglich der Unterscheidung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung gehen Bortz und Döring natürlich auch auf das Datenmaterial ein:

Im qualitativen Forschungsverfahren werden nicht numerische Materialien herangezogen wie etwa Interviewtexte, Briefe, Filme usw. Der Untersuchungsvorgang muss nicht oder nur in geringem Umfang standardisiert werden. (vgl. Bortz & Döring 2002, 296) Bei der Diskussion um das verwendete Material gelangt man automatisch auch zu den Vor- und Nachteilen qualitativer und quantitativer Forschung, denn „Dieses qualitative Material scheint ‚reichhaltiger‘ zu sein; es enthält viel mehr Details als ein Meßwert.“ (Bortz & Döring 2002, 296)

Und weiter: „Wenn man unstandardisiert befragt, will man natürlich genau den inhaltlichen Reichtum der individuellen Antworten in den Analysen berücksichtigen. Dazu dienen interpretative Verfahren. Sie gliedern und strukturieren Texte, arbeiten die wichtigsten Grundideen heraus und machen die Gedanken und Erlebenswelt der Befragten transparent.“ (Bortz & Döring 2002, 296)

Im Gegensatz dazu sind Erhebungen mittels Fragebogen anonymer und durch größere Distanz zum Befragenden charakterisiert, ein Umstand, der heikle Fragen eventuell offener beantworten lässt. (vgl. Bortz & Döring 2002, 297)

„Während in der qualitativen Forschung Erfahrungsrealität zunächst verbalisiert wird (...), wird sie im quantitativen Ansatz numerisch beschrieben (...). Qualitative und quantitative Forschung unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Art des verarbeiteten Datenmaterials, sondern auch hinsichtlich Forschungsmethoden, Gegenstand und Wissenschaftsverständnis. Nicht selten wurden beide Ansätze sogar als unvereinbare Gegensätze betrachtet oder

zumindest durch Gegensatzpaare charakterisiert (...). Extrempositionen, die einen Alleinvertretungsanspruch für einen Ansatz reklamieren und den jeweils anderen grundsätzlich ablehnen, werden jedoch in den letzten Jahren immer seltener vertreten (...).”(Bortz & Döring 2002, 295)

Diese ‚Annäherung‘ der beiden Positionen erklärt vielleicht auch Oswalds Standpunkt der Gemeinsamkeiten qualitativer und quantitativer Forschung, der jedoch in dieser Arbeit so nicht vertreten wird: „Qualitative Forschung zielt wie quantitative Forschung auf Verallgemeinerung. Der Einzelfall interessiert nur, wenn er auf etwas Allgemeineres verweist, wenn seine Interpretation zu Erkenntnissen führt, die über ihn hinausreichen.” (Oswald in Friebertshäuser & Prengel 1997, 73)

Wie jedoch bereits im vorherigen Kapitel klargestellt wurde, zielt diese Arbeit nicht primär auf eine über die Einzelfälle verallgemeinernde Erkenntnis ab. Vielmehr geht sie auch im Sinne Bittners davon aus, dass bereits die Darstellung des Einzelfalls einen wissenschaftlichen Beitrag im Sinne einer Sensibilisierung der Subjekte leistet. Denn es sollte eben vermieden werden, das Patienten-Subjekt erneut und ausschließlich unter allgemeinen Aussagen zu subsumieren.

Ferner liest man in diesem Aufsatz, dass qualitative und quantitative Forschung immer auf Erklärung und somit auf Theorie abzielen, (vgl. Oswald in Friebertshäuser & Prengel 1997, 73) wohingegen die vorliegende Arbeit insbesondere auf ein besseres Verständnis des CMA und dessen Lebens abzielt, denn Erklärungen und Theorien gibt es bereits genug.

Bittner wirft nun in seinen Veröffentlichungen der letzten Jahre quantitativer, unter bestimmten Umständen aber auch qualitativer Forschung vor, dass sie sozusagen am Leben, wie es uns (im Alltag) begegnet und es subjektiv durchlebt wird, vorbeiforscht. Für Bittner „...stellen das subjektive Erlebensmoment und die eigene Lebenserfahrung ein legitimes Korrektiv für...Theoriebildung dar.“ (ebd., 179):

„Das Ich mit seiner Geschichte, seiner Lebenserfahrung steht auf gegen die Scheinwelt der wissenschaftlichen Theorien und Befunde...Für diesen Aufstand bedarf es des genauen Hinsehens auf das eigene Leben, auf seine Divergenzen und Pathologien, Brüche und Unstimmigkeiten; bedarf es eher des entlarvenden Blicks als der rosaroten Brille. Dieses genaue Hinsehen auf das eigene Leben und die Mitteilung der Ergebnisse dieses Hinsehens in der Absicht wissenschaftlichen Schein zu entlarven, kann und soll, wenn es redlich ausgeführt wird, seinerseits den Charakter von Wissenschaft gewinnen.“ (Bittner 1997, 183 f.)

Diesem Wissenschaftsverständnis soll in dieser Arbeit gefolgt werden, bei der das Hauptaugenmerk auf dem Hintergrund eines qualitativen Forschungsansatzes auf der Subjektperspektive liegt, und die jeweiligen Lebensgeschichten aus ihrer Innen- und Erlebnisperspektive verstanden werden sollen.

Dazu werden als Datenmaterial narrative Interviews verwendet, welche dem qualitativen Forschungstypus der Biographieforschung bzw. der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung zuzuordnen sind. Darum geht es im nächsten Kapitel.

18.3 Die Methode: (Pädagogische) Biographieforschung als spezifische Methode der qualitativen Sozialforschung

Dieses und auch die folgenden Kapitel gehen ausführlich auf die Forschungsmethode dieser Arbeit ein. Es werden die Methoden zur Datenerhebung, Datentranskription und Dateninterpretation vorgestellt.

Allgemein kann eine Methode der empirischen Sozialforschung definiert werden als „ein spezielles System von Regeln, das die Tätigkeit bei der Erlangung neuer Erkenntnisse und der praktischen Umgestaltung der Wirklichkeit organisiert...Für eine Explikation des Begriffes <Methode> ist wesentlich, dass <Methode> einen Prozeß kennzeichnet, der auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet ist bzw. ein System von Regeln umfaßt, das diesen Prozeß festlegt.“ (Bönisch 1970 zit. n. Friedrichs 1980, 14)

Eine spezifische Methode der qualitativen Sozialforschung ist die biographische Methode. (vgl. Lamnek 1993, 329) Diese umfasst die Auswertung von persönlichen Dokumenten, wie zum Beispiel Tagebücher, Briefe, Memoiren, Autobiographien, Zeugenaussagen oder die Rekonstruktion von Lebensläufen (durch Befragung). (vgl. Lamnek 1993, 341)

Die Daten sind jedoch meist kontrolliert durch den Forscher gewonnen. Biographieforschung benutzt demnach „...meist biographisches Material, das unter kontrollierten Bedingungen erst auf Veranlassung des Forschers erstellt wird. Typischerweise werden offene oder teilstrukturierte Methoden der mündlichen und schriftlichen Befragungen eingesetzt (z. B. narrative Interviews, Leitfadeninterviews, Tagebuchmethode), um retrospektiv ganze Lebensgeschichten zu erfahren.“ (Bortz & Döring 2002, 349)

Die erforschten Lebensgeschichten sind dabei sowohl Datenquelle als auch Forschungsgegenstand, sie machen die soziale Wirklichkeit verstehbar und beschreibbar. (vgl. Fuchs-Heinritz 1984, 153)

Lankenau versteht die biographische Methode als eine Anwendungsform der Inhaltsanalyse, im speziellen Fall der biographischen Interviews kann die Datenerhebung als spezieller Befragungstyp aufgefaßt werden. (vgl. Lankenau 1986, zit. n. Spöring 1995, 254)

Kohli formuliert drei allgemeine Ziele für die Verwendung von Biographien als Forschungsmethode: (vgl. Kohli 1981, zit. n. Spöring 1995, 254)

(1) „...Anspruch auf Subjektivität: Erhebung der Eigenperspektive, der persönlichen Konstruktion der Realität und der bewußt wahrgenommenen Befindlichkeit der handelnden Subjekte als ihre subjektive Lebenswelt – in dieser Hinsicht in deutlichem Gegensatz etwa zur objektiven Hermeneutik (...),

(2) Anspruch auf Historizität: Einbezug der geschichtlichen Dimension, des Prozesscharakters des sozialen Lebens,

(3) Anspruch auf Ganzheitlichkeit: Betrachtung des unverkürzten ‚ganzen Lebens‘, umfassender Einblick in das Soziale ohne eine vorschnelle Einschränkung des Erkenntnisblicks aufgrund vorgeprägter theoretischer Interessen (bspw. in der Form standardisierter Erhebungskategorien).“ (Spöring 1995, 255)

Spöring beschreibt damit die biographische Methode als eine möglichst umfassende und reichhaltige Beschreibung von Lebensgeschichten einzelner Personen, wie sie von diesen Menschen selbst als eine Art autobiographische Erzählung vom heutigen Standpunkt aus, wahrgenommen und mitgeteilt wird. (vgl. Spöring 1995, 255)

„Subjektive Erfahrung und subjektives Handeln rückt damit ins Zentrum der Aufmerksamkeit; in diesem Sinn kann man sagen, daß Biographieforschung die umfassendste Thematisierung von Subjektivität ist.“ (Kohli & Robert 1984, 4)

Es geht also darum, menschliches Handlungsverständnis ‚von innen‘ betrachten zu können, um etwa Prozessdaten sozialer Abläufe zu gewinnen („Lebensgeschichte als Lerngeschichte“). (vgl. Spöring 1995, 256)

Somit ist die biographische Methode generell geeigneter für „...subjektive gegenüber objektiven Themen, für qualitative gegenüber quantitativen Studien, für Einzelfall- gegenüber repräsentativen Stichprobenerhebungen und für ein exploratorisches oder deskriptives gegenüber einem hypothesentestenden Forschungsziel.“ (Spöring 1995, 259)

Es besteht ein Interesse an der „persönlichen Rekonstruktion der Geschichte“, bei der die „Erfahrungsweise der betroffenen Menschen im Alltag“ betrachtet wird vor allem dann, wenn die objektiven Elemente der Erzählung in Form von Zahlen und Daten bekannt sind.“ (Spöring 1995, 256 f.)

In der Wissenschaft stößt dieser Ansatz teilweise auf starke Kritik, wenn der wissenschaftliche Maßstab der Allgemeingültigkeit an die biographische Methode angelegt wird. (vgl. Hanses in Janz 1999, 106) Jedoch begründet Hanses in drei Thesen die Wissenschaftlichkeit der Biographieforschung:

1) „Die Realität muß nicht in einem deduktiven Verfahren an die Theorie angeglichen werden, sondern empirisches Material kann selbst Gegenstand der Theorieentwicklung sein.“(Hanses in Janz 1999, 107)

Im klassischen deduktiven Forschungssinn wird aus einer bestehenden Theoriemenge ein Hypothesenmodell abgeleitet, mit dessen Hilfe die Realität der Daten zur Überprüfung gelangt. Dadurch entsteht eine hohes Abstraktionsniveau mit der Gefahr, die soziale Wirklichkeit ungenügend abzubilden. (vgl. Hanses in Janz 1999, 108)

2) „Die Gesetzlichkeit läßt sich nur im und durch den einzelnen Fall entwickeln, nicht jenseits von ihm.“(Hanses in Janz 1999, 109)

Nur durch den Einzelfall kommt die soziale Wirklichkeit zum Vorschein, die quantitativen Verfahren oftmals verborgen bleibt. (vgl. Hanses in Janz 1999, 109)

3) „Die scheinbare Beliebigkeit retrospektiver Erzählung ist weniger als subjektive Verzerrung von Wirklichkeit zu erfassen, sondern erweist sich vielmehr als konstitutive Bedingung von (erzählter) Lebensgeschichte.“(Hanses in Janz 1999, 110)

Die Biographieforschung richtet den Blick auf die Vergangenheit nicht in einem objektiv faktischen Sinne, sondern es werden vielmehr Konstruktionen der Erzählenden aus der gegenwärtigen Perspektive betrachtet, die sich auf die Gesamtfigur der eigenen Lebensgeschichte beziehen. (vgl. Hanses in Janz 1999, 111) „Gemeint ist damit, daß das Subjekt mit dem Erzählen immer wieder auf der Grundlage der eigenen Erfahrungsaufschichtungen und der gegenwärtigen lebensgeschichtlichen Gesamtsituation ‚Biographie‘ sinnbringend erzeugt.“(Hanses in Janz 1999, 111)

Was ist nun aber das spezielle Erziehungswissenschaftliche an der Biographieforschung?

Dazu erscheint es sinnvoll, einen Blick auf die Geschichte der pädagogischen Biographieforschung zu werfen:

„Die Anfänge der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Biographien sind im 18. Jahrhundert zu lokalisieren. Neben der Historie, der Literaturwissenschaft und der Philosophie war auch die Pädagogik an der Begründung der Biographieforschung beteiligt.” (Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 44)

Denn, „So heißt es bei ROUSSEAU auf den ersten Seiten seines autobiographischen Erziehungsromanes ‚Emile‘: ‚Leben ist die große Kunst, die der Mensch zu lernen hat‘...”(Rousseau 1762, zitiert nach Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 44)

Theoriegeschichtlich kann „Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung...zunächst grundlegend als Zusammentreffen zweier Traditionen verstanden werden. Zum einen handelt es sich um eine Reaktualisierung geisteswissenschaftlich-hermeneutischer und phänomenologischer Tradition, vor allem der Philosophie Wilhelm Diltheys und Edmund Husserls, zum anderen handelt es sich um die sozialwissenschaftliche Entwicklungslinie des sogenannten Qualitativen Paradigmas, die im weitesten Sinne als Verstehende Soziologie oder Wissenssoziologie angesprochen werden kann.” (Marotzki in Jüttemann & Thomae 1999, 44)

Allerdings fand im deutschsprachigen Raum „...die Blütezeit der Biographieforschung in Pädagogik und Psychologie durch den Nationalsozialismus...ein jähes Ende, dessen zentrale Ideologeme - Rasse und Vererbung - den Prämissen biographischen Denkens widersprachen. In der Nachkriegszeit spielte die Biographieforschung weder in der Pädagogik, noch in den Nachbardisziplinen, der Psychologie und der Soziologie, die sich an quantitativ ausgerichteten amerikanischen Vorbildern orientierten, in Westdeutschland eine große Rolle.” (Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 45)

„Erst in den späten 60er Jahren kam es in mehreren Disziplinen zugleich und zeitgleich auch in Frankreich, Kanada, USA, Italien und anderen Ländern zu einer Renaissance der Biographieforschung. Zu vermuten ist, daß dieses neu erwachende Interesse am Gegenstand der Biographie im Prozeß eines weitreichenden Individualisierungsschubes der modernen Gesellschaft seine wissenschaftsexternen Ursachen hat.” (Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 45)

Der „subjektive Faktor“ (Bittner 1996, 133) und das Interesse „an Biographien“ (ebd.) gewann in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts innerhalb der Erziehungswissenschaften wieder an Bedeutung. Der Tübinger Kongress der DgFE von 1978 war hier richtungsweisend. Seitdem „...hat die pädagogische Biographieforschung eine stetige und anhaltende Ausweitung und Differenzierung erfahren.“ (Fröhlich 1997, 165)

Baacke und Schulz (1979) dokumentierten damals die Grundlagen erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung in einem Sammelband „Aus Geschichten lernen“. Sie formulieren einen programmatischen Bezugsrahmen für die Ausarbeitung einer biographischen und narrativen Orientierung in der Pädagogik und erinnern zugleich daran, dass Lebensgeschichten zuerst einmal Lerngeschichten sind. (Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 46)

In der Neuauflage spricht Schulze von verschiedenen Ansätzen „biographisch orientierter Pädagogik“. (vgl. Schulze 1993, 13 ff.) Im „Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung“ stellt er die „aufgeblühte Landschaft“ mit den verschiedenen Ansätzen vor. (vgl. ebd., 33 ff.):

1. Soziologischer/sozialisationstheoretischer Ansatz
2. Entwicklungspsychologischer Ansatz
3. Phänomenologischer/anthropologischer Ansatz
4. Erziehungstheoretischer Ansatz
5. Bildungstheoretischer/lerntheoretischer Ansatz
6. Hermeneutischer/kommunikationstheoretischer Ansatz

Pädagogische Biographieforschung „...bezieht...insbesondere jene Texte ein, die von den Subjekten der Forschung selbst erstellt worden sind: Originalton in Interviews, Biographien und Autobiographien, aber auch fiktives Material. Da Realität (über Erinnerung oder Situation-Wahrnehmung) nie vollständig erfaßt wird, sondern immer im defiziten Modus bleibt, ist beispielsweise das Erzählen von Geschichten durchaus aufschlußreich. Denn Erzählungen sensibilisieren und vermeiden Klassifizierungen und Typisierungen vorschneller Art, die schnell zu Abstraktionen führen und damit den Handlungskontext verdunkeln; sie veranschaulichen den Gegenstand der Untersuchung, erschließen fremde Lebenswelten (Erzählungen der Großeltern) oder weisen auf Punkte hin, die von der Routine wissenschaftlicher Paradigmatisierung schnell übersehen werden können (...).“ (vgl. Baacke 1979, zit. n. Baacke in Flick und andere 1991, 46)

Pädagogik hat ein besonderes Interesse an Biographien: „Das Interesse an biographischen Fragestellungen liegt im Zentrum des pädagogischen Interesses schlechthin: Etwas darüber zu erfahren, wie, ganz allgemein gesprochen, Menschen zu dem werden, was sie sind, d. h. wie sich die Verarbeitung kollektiver, zeittypischer und individueller je besonderer Entwicklungsbedingungen in der subjektiven Struktur eines Menschen niederschlägt, wie er zu den Einstellungen und Haltungen, den Interessen und Überzeugungen kommt, die er hat, dies kann Pädagogen kaum gleichgültig sein. Lebensgeschichten sind ja immer auch Erziehungs-, Lern und Bildungsgeschichten.“ (Göppel in Bittner & Fröhlich 1997, 80)

Die Erziehungswissenschaft hat also, „...ein ganz spezifisches eigenständiges Erkenntnisinteresse an Biographieprozessen. Sie ist bemüht, Lebensgeschichten unter dem Fokus von Lern- und Bildungsgeschichten zu rekonstruieren (...).“ (vgl. Marotzki 1990, Schulze 1995, zit. n. Krüger in Friebertshäuser & Prengel 1997, 44)

Somit kann man sagen, dass Pädagogen autobiographische Erzähltexte als Bildungsgeschichten lesen. (vgl. Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, 46) „Menschen erzählen darin, was sie aus ihrem Leben gemacht haben bzw. was ihr Leben aus ihnen gemacht hat, unter welchen persönlichen Lebensumständen und Erziehungseinflüssen und unter welchen geschichtlich-geistigen Horizonten sie zu dem geworden sind, was sie sind.“ (Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, 46)

Nach Bittner geht es dem Biographieansatz in der Erziehungswissenschaft um „...eine Erkenntnis aus der Innen- und Erlebnisperspektive der betroffenen Subjekte“, (Bittner 2001, 59) dabei begegnet die subjektive Lebenserfahrung jener der Untersuchten, quasi „von gleich zu gleich“. (vgl. ebd.) Die Materialbasis bilden dabei autobiographische Narrationen betroffener Subjekte. (vgl. ebd.)

Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang mit dem erziehungswissenschaftlichen Biographieforschungsinteresse ist die Bewusstwerdung des eigenen Standpunktes, um im erziehungswissenschaftlichen Biographieansatz zu beschreiben.

So fordert Fröhlich im Bezug auf Moritz` „Anton Reiser“ (1785 – 90) die eigene lebensgeschichtliche Erfahrung als Grundlage „wissenschaftlicher“ Auseinandersetzung mit erzählten Lebensgeschichten (vgl. Fröhlich 1997, 176):

„Wer sich zum eigentlichen Beobachter des Menschen bilden wollte, der müsste von sich selber ausgehen...“ (Moritz 1782 zit. n. Fröhlich 1997, 170)

Die Durchdringung der Biographie soll nach Fröhlich als „Erfahrungsseelenkunde“ verstanden werden (vgl. Fröhlich 1997, 169). Baacke u. a. sprechen in diesem Zusammenhang von „doppelter Subjektivität“, womit die subjektive Auswertung einer subjektiv erzählten Geschichte gemeint ist. (vgl. Baacke u.a. 1979, 9).

Diesen Gedanken formuliert Fröhlich zusammenfassend:

„Wer Lebensgeschichten verstehen will, sieht sich notwendigerweise auch auf das eigene Leben verwiesen.“ (ebd., 167)

Auch die Auswertung der narrativen Interviews dieser Arbeit wird in der Selbstbesinnung auf die eigene Lebensgeschichte ihren Ausgang nehmen. Man wird dadurch einen Standpunkt in und zur ‚Krankheit‘, zum ‚Alkoholismus‘ gewinnen, der den Umgang mit ihr bzw. mit ihm beeinflusst und die eigene Lebensgestalt prägt.

So weist auch Bittner in seinem Buch „Vater Freuds unordentliche Kinder: die Chancen post-orthodoxer Psychoanalyse“ auf die Bedeutung der eigenen Lebensgeschichte hin, die dem Verständnis im Sinne einer persönlich-biographischen Wahrheit des jeweiligen Subjektes zugrunde gelegt ist. (vgl. Bittner 1989, 23 ff.) Er knüpft dabei bei Freud an, der seiner Ansicht nach ein subjektiver Denker (vgl. ebd.) war, wie auch Augustin, Pestalozzi, Kierkegaard und Nietzsche. (vgl. ebd., 14)

Bittner sieht seinen „Standpunkt“ (Bittner 1989, 92) für das Verstehen des anderen als bedeutsam an. Und so soll auch im Zuge dieser Arbeit der „eigene Betrachtungspunkt“ (ebd.) im Blick bleiben: Von wo aus betrachtet die eigene Person ihren Alkoholismus im Lebenszusammenhang?

In späteren Schriften von Bittner geht es ihm dann um die Erforschung „unbewußt bleibende (r) Lebenserfahrung“ (Bittner 1994a, 20) und des „tieferen (n) Selbst“ (ebd.) in der Lebensgeschichte.

So gibt es auch einen Beitrag von Bittner in dem bereits angesprochenen Sammelband pädagogischer Biographieforschung, der speziell auf die „psychoanalytische Dimension biographischer Erzählungen“ eingeht. (vgl. Baacke & Schulze 1979, 120 ff.)

Aus dieser psychoanalytischen Perspektive „...kommt noch ein weiterer Punkt hinzu: die autobiographische Erzählung ist das eine, das gelebte Leben das andere; das Leben kann der Erzählung niemals ganz zugänglich werden; der Erzähltext gibt das Leben nur mit Auslassungen und Entstellungen wieder. Psychoanalyse betrachtet den Ich-Standpunkt des autobiographischen Erzählers auf dem Hintergrund des Nicht-Erzählten, Nicht-Gewussten, z. T. nicht Wissbaren und dennoch Lebensbedeutsamen. Einfacher ausgedrückt: man versteht eine autobiographische Geschichte nur, wenn man die vielen nicht erzählten Geschichten, die noch drinstecken, mitversteht (vgl. Bittner 1994).“ (Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, 46 f)

Das bedeutet letztlich, dass nicht nur faktisch Erzähltes innerhalb autobiographischer Texte wichtig ist, sondern dass jene Deutungen fast wichtiger erscheinen, welche der Erzählende seinem eigenen Leben gibt. (vgl. Bittner in Bittner & Fröhlich 1997, 47)

Darüber hinaus kommt ja noch die Besonderheit dieser Arbeit hinzu, die Therapeutensicht. Sie ermöglicht eine Deutung auf einer höheren Ebene des Verstehens. Dadurch können Auslassungen, „Nicht-Erzähltes“, besser verstanden und gedeutet werden. Denn auch bei den Interviews mit den chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken werden sich ‚Lücken‘ und Widersprüche zwischen erzähltem Leben und gelebtem Leben auftun, welche, und das ist das Besondere an dieser Arbeit, in Bezug auf die Therapeuteninterviews teilweise erklärt und verstanden werden können. Somit ist die Deutung der Lebensgeschichten der Betroffenen zuzüglich der Therapeutenebene eine Möglichkeit, auf die tiefere Bedeutung des Nicht-Erzählten zu schließen. Wir haben es somit mit einer dreifachen Subjektivität zu tun, in dem der Verfasser als Interpret den Erzählungen der Betroffenen und den Therapeuteninterviews in Bezug auf die Betroffeneninterviews begegnet.

Und auch Schulze schreibt: „Eine Autobiographie ist nicht nur die Erzählung einer Lebensgeschichte und nicht nur eine Form der Selbstdarstellung. Sie ist auch eine bedeutsame Ansammlung von Erinnerungen. Sie reproduziert eine Auswahl von im Gedächtnis gespeicherten Eindrücken, Mitteilungen, Szenen, Beziehungen, Begegnungen und Ereignissen aus dem bisherigen Leben. In fast allen autobiographischen Erzählungen...finden sich eingestreut Erinnerungen an Erlebnisse irgendeiner Art. Meistens nehmen sie die Gestalt einer

Geschichte an, einer dramatischen oder anekdotisch erzählten Episode. Aber oft sind sie auch nur eingesprengt in die Beschreibung einer Person, einer Beziehung, eines Ortes oder eines Gegenstandes – in einem wertenden Adjektiv, einer gefühlsbesetzten Beifügung oder einer wiederkehrenden Redewendung. Häufig entsteht der Eindruck, als seien sie nur zufällig im Strom des biographischen Erinnerns mitgeschleppt wie Geröll oder Treibholz in einem Fluss. Doch eine genauere Betrachtung erweist in vielen Fällen, dass diese Erlebnisse für den Erzähler und seine Lebensgeschichte bedeutsam sind.“(ebd., 112)

Somit ist Alkoholismus ein Ereignis, das viele Menschen ein Leben lang begleitet und das bei den meisten immer wieder kommt.

Die erziehungswissenschaftliche Biographieforschung hat von daher ein besonderes Interesse an diesem oder diesen biographischen Ereignissen, weil sie den Lebenslauf bzw. die Lebensgeschichte und deren sprachlich gestaltete Darstellung beeinflussen. (vgl. Boothe 1998 u.a.) Für Bittner steckt in den erzählten Lebensläufen ein psychologisches Interesse und zum Teil auch ein andragogisches, indem er den Stellenwert betrachtete, den einzelne markante Ereignisse, wie z.B. Krankheit, im Leben von Menschen haben und wie solche Ereignisse Bildungserfahrungen implizieren können. (vgl. Bittner 2001)

Henningsen schreibt: „Die Erziehungswissenschaft untersucht Autobiographien, weil diese zurückverweisen auf Lebensgeschichten. (...) Alles menschliche Leben ist Lerngeschichte.“ (Henningsen 1981, 7)

In autobiographischen Aussagen sieht er eine dreifache Bedeutung für die Erziehungswissenschaft:

1. Sie dient als pädagogisches Quellenmaterial
2. Sie tradiert ein sprachlich gestaltetes Bildungsschicksal
3. Sie intendiert Bildung (vgl. ebd., 21f.)

Bei der Beschäftigung mit biographischen Mitteilungen von und über Krankheit, also hier in Bezug auf den Alkoholismus, geht es vor allem darum, wie die betroffenen Subjekte wieder lernen, ihr Leben zu gestalten, und ob sie für sich neu Sinn finden. (vgl. Schulze 1999, 45 ff.)

Bittner hat speziell für die pädagogisch-biographische Betrachtung von Krankheiten grundlegende Thesen formuliert:

1. Krankheit als Teil des Lebenszusammenhangs wird von den Betroffenen in der biographischen Erzählung zur Selbstbesinnung im Sinne einer inneren Erfahrung gebracht
2. Von Krankheit betroffene Subjekte kommen in der biographischen Selbstbesinnung als „Urteilende...über ihre Krankheit“ zu Wort
3. Die pädagogische Frage gilt vor allem den „Bildungserfahrungen“ durch Krankheit (Alkoholismus) im Lebenslauf
4. Nicht die Fakten, sondern die „Deutungsmuster“ sind von pädagogischer Bedeutung
5. Jedes Erkennen und Benennen beruht auf der Differenz. (vgl. Bittner 1994a, 13ff.).

Des Weiteren weist Henningsen ähnlich wie Bittner in seiner zweiten These auf das Verhältnis zwischen Autobiographie und Tatsache hin:

„Mit der autobiographischen Aussage haben wir einen ‚Angeklagten‘ vor uns, der spricht; mit dem empirischen Faktum haben wir es mit einem ‚Angeklagten‘ zu tun, der stumm ist. Der sprechende Angeklagte kann uns täuschen – zugeben. Aber die Möglichkeit des Getäuschtwerdens ist angesichts des stummen Angeklagten nicht geringer...Es ist dieses dialogstiftende Wesen der autobiographischen Aussage, das ihr für die Erziehungswissenschaft einen Wert verleiht, den das empirische ‚stumme‘ Faktum nicht haben kann.“ (Henningsen 1981, 31)

So kommt auch Henningsen zu dem Schluss: „Die autobiographische Aussage ist der ideale Gegenstand der Erziehungswissenschaft...weil uns hier die Wirklichkeit in sprachlicher Gestaltung sprechend entgegentritt. Um Pädagogisches erkennen und verstehen zu können, müssen wir nicht von ‚Sachen‘ sondern von Meinungen über Sachen ausgehen – von unseren eigenen (Empirie) oder von denen unserer Dialogpartner (Autobiographie).“ (ebd., 27)

„(B)ildend ist (somit), was (ein) Individuum zu einem Bestandteil seiner selbst macht, indem es darüber nachdenkt, mit sich und anderen darüber spricht, sich des Widerfahrenen innewird und sich daran erinnert, was es in sich hineinverwandelt, zu einem Eigenen macht, integriert.“ (ebd., 93)

Damit tritt die Krankheit durch Selbstvergewisserung und Reflexion des Autors in Beziehung zu seinem Leben und bildet ihn.

„Bildung ist Reflexionstatsache. Die autobiographische Aussage ist deshalb ein bevorzugtes, durch nichts zu ersetzendes Material für die Frage nach dem Bildungsschicksal.“ (ebd., 93)

Im nächsten Kapitel soll nun ausführlich das Erhebungsinstrument der Biographieforschung, das narrative Interview, vorgestellt werden.

18.4. Die Erhebungsmethode – das narrative Interview

Ganz allgemein versteht man „unter Interview als Forschungsinstrument...ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll.“(Scheuch 1973, zit. n. Spöring 1995, 148)

Hierbei ergeben sich Unterschiede bezüglich

(1) dem „Ausmaß der Standardisierung/Strukturierung...Im vollstandardisierten (...) Interview sind die Abfolge und der Wortlaut der einzelnen Fragen eindeutig und verbindlich vorgegeben; bei geschlossenen Fragen (Auswahlfragen) ist der Befragte darüber hinaus gehalten, sich zwischen vorgegebenen Antwortalternativen zu entscheiden. Im halb- oder teilstandardisierten (...) Interview sind die Fragen nur mehr oder minder in einem Interview-Leitfaden festgelegt. Im nichtstandardisierten (sog. ‚unstrukturierten‘, ‚freien‘, ‚offenen‘ oder ‚qualitativen‘) Interview wird ein thematischer Rahmen in der Form eines Gesprächs-Leitfadens vorgegeben; der konkrete Gesprächsverlauf bleibt dann weitgehend offen und hängt stark von den Persönlichkeiten des Befragten und des Befragers sowie von der Interaktion zwischen beiden ab.“ (Spöring 1995, 148, zu den Standardisierungsgraden eines Interviews vgl. auch Aiken)

In der vorliegenden Arbeit wird das narrative Interview mit einem kurzen Leitfaden gesehen. Im Wesentlichen entspricht das Erhebungsverfahren dem reinen narrativen Interview und es wird lediglich durch drei weitere Fragen ergänzt. Diese Form des Interviews kann als „narratives Leitfadeninterview“ verstanden werden. (vgl. Hager 2005, 270) Das Hauptanliegen dieser Arbeit wird durch die erste Frage abgedeckt, die weiteren Fragen beziehen sich auf das sekundäre Forschungsziel, die Eigen- und Fremdsicht der Betroffenen besser verstehen zu können.

Dazu ist also ein kurzer Leitfaden nötig. Da jedoch die verwendete Interviewmethode weitgehend mit dem reinen narrativen Interview konform geht, soll dieses zunächst in der Reinform vorgestellt werden:

Das narrative Interview (auch Tiefeninterview oder Intensivinterview) hat seit Mitte der 70er Jahre wachsende Bedeutung für die qualitative empirische Sozialforschung erlangt und insbesondere innerhalb der Biographieforschung als Methode der Datenerhebung größere Verbreitung gefunden. (vgl. Koller 1993)

Das Interesse richtet sich vor allem auf die subjektiven Theorien und auf die emotionale Befindlichkeit des Menschen. Sie hat also den „Anspruch, Lebenswelten von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben.“(Flick 2000, 14). Dadurch wird es möglich, soziale Wirklichkeiten besser zu verstehen, vor allem im Hinblick auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale. (vgl. ebd.) Somit ist also der Forschungsfokus auf die sozialen Prozesse gerichtet.

Des Weiteren lässt sich nun das narrative Interview in den Bereich der interpretativen Sozialforschung einreihen mit dem Ziel, die Sinnzusammenhänge der subjektiven Wirklichkeit zu erfassen. (vgl. Bernart & Krapp 1998, 10).

Das narrative Interview kommt fast ausschließlich im Rahmen der Biographie- und Lebenslaufforschung zur Anwendung. (vgl. ebd.)

Folgende Grafik zeigt die Ebenen der qualitativen Sozialforschung und verortet das narrative Interview. Mit der Kategorie ‚interpretativ‘ oder ‚qualitativ‘ werden unterschiedliche Theorie- und Forschungsrichtungen der Sozialwissenschaften beschrieben. (vgl. Glinka 1998, 42)



(vgl. Bernart & Krapp 1998, 5)

Beim narrativen Interview handelt es sich um ein sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren, welches von Fritz Schütze entwickelt wurde. Er geht davon aus, dass es in jedem Lebenslauf individuelle Prozessstrukturen gibt. (vgl. Schütze 1983, 284). Die Erfassung dieser biographischen Prozesse durch ein Interview ermöglicht einen wesentlich breiteren Einblick in die jeweiligen Lebensschicksale, als durch standardisierte quantitative Methoden. Vor allem Personen, die in negative Ereignisverkettungen wie z.B. Arbeitslos-

Werden, Alkoholiker-Werden, Psychiatrischer-Patient-Werden, können dadurch besser verstanden werden. (vgl. ebd.)

Darüber hinaus stellt das narrative Interview eine besondere Form des offenen Interviews dar, bei dem die Erlebnisse eines Erzählers als Geschichte wiedergegeben werden. Entscheidend ist, dass es sich um eine sog. Stegreiferzählung handelt, bei der sich der Proband in keiner Weise auf das Interview vorbereiten kann. (vgl. Glinka 1998, 9). Glinka nennt als ein wichtiges Ziel die dynamische Wirkung der Erhebungsmethode auf die „Erfahrungsaufschichtung“ erlebter Ereignisse; diese sollen wieder verflüssigt werden (ebd.). Er geht also davon aus, dass die „Dynamik des Erzählvorgangs die retrospektiven Vorstellungen des Erzählers in Gang setzt und ihn noch einmal in die damalige Handlungs- und Erleidenssituation versetzt“ (ebd.).

Schließlich geht er von zwei Zeitebenen aus, die für ein Interview charakteristisch sind. Zum einen die auf der „Haupterzähllinie“ anzusiedelnde, eben kurz beschriebene „retrospektive Ebene“. Zum anderen die „Nebenerzähllinie“ auf der „finalen Ebene“. Darunter ist die aktuelle Erzählkommunikation zu verstehen. (vgl. ebd., 50)

Grundsätzlich wird in einem Interview eine Geschichte erzählt, die eine Ablaufstruktur von sozialen Prozessen enthält. Dadurch lässt sich eine „Zustandsveränderung über eine zeitliche Schwelle hinweg erkennen.“ (Glinka 1998, 25):

Dabei ist der Informant entweder ein intentional Handelnder oder ein Erleidender, der nur noch auf äußere Rahmenbedingungen reagieren kann. (vgl. ebd.) Deswegen wäre es denkbar, dass der Erzähler noch nicht die nötige Distanz zu den Ereignissen besitzt und keine unterschiedlichen Perspektiven einnehmen kann. (vgl. ebd.) Somit können durchaus Schuld oder Schmerz während der Erinnerungen auftreten.

Auch können ehemalige Erfahrungen durch „Erinnerungs- und Erkenntnisbarrieren blockiert sein.“ (ebd.) Es ist durchaus denkbar, dass ein Informant auf Grund von Kindheitstraumen gewisse Dinge entweder fiktiv, realitätsfern oder gar nicht mehr in Erinnerung hat. Jedoch können diese durch die für Interviews typische entstehende „Dynamik des Erzählvorgangs“ abgebaut werden.

Auf Seiten des Erzählers geht es um die allgemeine Fähigkeit der Erfahrungsrekonstruktion, wodurch dem Forscher ein „Teilbereich der sozialen Realität“ zugänglich wird (ebd.). Man bekommt einen Zugang sowohl zur Außen- als auch zur Innenperspektive des Informanten. (vgl. ebd. 103)

Des Weiteren werden die verschiedenen Interviewphasen von Glinka in drei Teile geteilt:

1. Aushandlungsphase
2. Haupterzählung
3. Nachfrageteil (vgl. Glinka 1998, 13-15)

In der Aushandlungsphase handelt der Forscher mit dem Informanten die „endgültige Erzählthematik“ aus. (ebd.)

Doch der erste Schritt ist natürlich die Kontaktaufnahme. Auch sie gehört in diese Phase. So muss in einem ersten Gespräch über das Forschungsprojekt aufgeklärt werden. (vgl. ebd. 130) Dem potentiellen Informanten muss also genau erläutert werden was, wann was wie auf ihn zukommt. Es muss ihm klar sein, dass er seine Lebensgeschichte erzählen soll. Nach Möglichkeit sollte man ihn davon überzeugen, dass der Erfolg des Vorhabens von ihm abhängt. (vgl. ebd.)

Darüber hinaus muss klargestellt werden, dass das Interview unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindet, und dass bei der späteren Datenanalyse die Anonymität gesichert ist, d. h. alle Angaben zu Personen und Ortschaften werden maskiert wiedergegeben. Ziel muss es sein, eine Vertrauensbasis zu schaffen.

Außerdem wird die Rollenverteilung während des Interviews festgelegt. (vgl. ebd.,15) Es sollte so sein, dass dem Informanten das „uneingeschränkte Rederecht bis zum Abschluss seiner Geschichte übertragen wird“, während der Forscher die „Rolle des aufmerksamen Zuhörers einnimmt“. (ebd.)

Diese Phase endet mit einer „Ratifizierung seitens des Informanten“, und zwar hinsichtlich des Verfahrens als auch im Hinblick auf das Handlungsschema „Erzählen“. (ebd.,12)

In der Haupterzählphase ist die Hauptaufgabe des Interviewers das aufmerksame Zuhören. (vgl. ebd., 13) Ansonsten redet der Informant so lange, bis er von selbst diesen Erzählpart beendet hat. (vgl. ebd. 14)

Mit der ersten Interviewfrage wird ein sog. „Erzählstimulus“ gesetzt. (vgl. ebd. 132) Nach Glinka entscheidet diese Einstiegsfrage über den weiteren Verlauf des gesamten Interviews. Durch eine geschickte Fragestellung wird der potentielle Erzähler vieles von selbst über sich preisgeben. Dies erfüllt den eigentlichen Sinn eines Stehgreifinterviews.

Erst im Nachfrageteil schaltet sich der Forscher wieder als leitende Figur ein. Zunächst wird er versuchen das „Erzählpotential des Informanten weiter auszuschöpfen.“ (ebd. 14). Dazu vertieft er einige Aspekte und schließt durch Verständnisfragen Lücken im Erzählablauf. (vgl. ebd.) Danach sollte der „Interviewer beim Informanten weiterhin das Argumentationsschema reaktivieren.“ (ebd.,17) Deshalb richtet er den Nachfragefokus

nochmals auf die in der Haupterzählung aufgetauchten „eigentheoretischen Kommentare.“ (ebd.) Es werden nochmals auffällige Haltungen gegenüber den Dingen hinterfragt.

Wie weiter oben bereits angedeutet wurde, haben wir es jedoch mit einem Leitfaden-Interview zu tun, das etwas von dem narrativen Interview in der Reinform abweicht.

Insofern führt diese Abweichung vom reinen narrativen Interview zur Gewinnung einer Art Gerüst, wodurch die Interviews vergleichbar werden. „Dennoch läßt es genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch Themen herauszufiltern, die bei der Leitfaden-Konzeption nicht antizipiert wurden.“(Bortz & Döring 2002, 315)

Dies bezieht sich aber wie gesagt aber vor allem auf die drei Nachfragen.

Allgemein verlaufen qualitative Interviews nach zwei Prinzipien. Da ist zum einen die Kommunikativität, bei der eine Kommunikationsbeziehung zwischen Forscher und Forschungssubjekt aufgebaut wird, und das Prinzip der Offenheit, weil in der qualitativen Form des Interviews keine Vorabstrukturierung und Standardisierung erfolgt, sondern weil damit die Bedeutungsstrukturierung durch den Befragten erst möglich wird.(vgl. Lamnek 1993, 62)

Die Gemeinsamkeit aller qualitativen Interviewverfahren besteht dabei in der Tatsache, dass sie alle ohne festen Fragebogen arbeiten und dem Interviewpartner viel Spielraum lassen, sie fordern den Interviewten zu freier und ausführlicher Artikulation seiner Meinung zum Forschungsthema auf. (vgl. Spöring 1995, 155 f)

Der Bezug zur Erziehungswissenschaft ist gegeben, weil lebensgeschichtliche Erzählungen, die mit dem narrativen Interview hervorgebracht werden, den Blick auf kollektive und individuelle Prozesse des Lernens und der Bildung ermöglichen.(vgl. Jakob in Friebertshäuser & Prengel 1997, 445)

Noch einmal: „Im narrativen Interview soll der Informant also die Möglichkeit erhalten, entlang eines selbstgewählten roten Fadens seine Lebensgeschichte zu erzählen...Dem Interviewten wird also vom Interaktionsgeschehen in der Interviewsituation her die

Autonomie zugewiesen, seine Erlebnis- und Gestaltungsperspektive zu suchen, zu wählen und zu entfalten.”(Marotzki in Krüger & Marotzki 1999, 113 f)

Dabei versteht sich das narrative Interview „...als geschehensnah, wenig methodisch gefiltert und vergleichsweise nicht-reaktiv...”(Spöring 1995, 168)

Beim narrativen Interview geht es nicht um Falsifikation bzw. Verifikation, sondern um die Explikation der gewonnen „Daten“: Nicht die objektiv feststellbare Wahrheit, sondern die subjektiven Perzeptionsmuster der Probanden sollen rekonstruiert und expliziert werden. (vgl. Bernart & Krapp 1998, 33)

In Bezug auf diese drei Phasen von Glinka lief die Befragung der Betroffenen, also sowohl der Klienten als auch der Therapeuten, nach folgendem Schema ab:

In **Phase 1** kommt es zu einer Kontaktaufnahme, und der Betroffene wird über das Forschungsvorhaben und über die Anonymität des Verfahrens informiert. Die Vorinformation besteht darin, dass der Verfasser jeweils kurz erklärt, dass es bei dem Forschungsprojekt um das Leben mit dem Alkoholismus geht und er gerne ein Interview führen würde. Bei seinem/ihrer Einverständnis wird entweder sofort oder zu einem vereinbarten Zeitpunkt das Interview durchgeführt. Die Einverständniserklärung, die den Datenschutz bzw. die Anonymitätserklärung (siehe Anhang: Einwilligung und Datenschutz) mit beinhaltet, wird sofort unterschrieben. (Aushandlungsphase)

Phase 2 wird derartig umgesetzt, dass ein Erzählstimulus gesetzt wird mit der ersten Interviewfrage (siehe unten). Die Befragten formulieren in möglichst ununterbrochener Art und Weise ihre Stegreiferzählung, wobei das Eingreifen des Interviewers zum Beispiel dann legitimiert erscheint, wenn etwas nicht verstanden oder völlig unklar formuliert wird (Haupterzählteil).

In **Phase 3** kommen zuerst Nachfragen zum Haupterzählteil und anschließend die vier Nachfragen (siehe unten). Auch hier erhält der Befragte wieder Gelegenheit zur freien Narration.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich beim Erhebungsverfahren der vorliegenden Arbeit um ein narratives Interview, und zwar deswegen, weil der freien und ununterbrochenen Narration des Befragten äußerste Priorität eingeräumt wird.

Jedoch wird durch die Verwendung dreier weiterer Fragen ein Schritt in Richtung des „offenen Leitfadeninterviews“ (Lamnek 1993, 379) gemacht, um weitere biographische Daten zu erheben.

Folgender Leitfaden wurde verwendet:

- Wie hat sich Ihr Leben und Ihre Krankheit entwickelt?
- Welche Beeinträchtigungen haben Sie durch Ihre Krankheit?
- Was hat sich durch die Therapie verändert?
- Wie sieht Ihre Zukunftsplanung aus?

Die Fragen an die Therapeuten in Bezug auf die Betroffenen lauten analog:

Wie hat sich das Leben von Herrn/Frau...entwickelt?

Welche Beeinträchtigungen hat Herr/Frau...durch ihre Krankheit?

Was hat sich bei Herrn/Frau...durch die Therapie verändert ?

Wie sieht die Zukunftsplanung von Herrn/Frau...aus ?

Dabei umfasst die erste Frage an die Betroffenen das eigentliche Hauptinteresse der Arbeit. Die drei anderen Fragen und die Therapeutenfragen sind aus den Therapieerfahrungen des Soziotherapiealltags entstanden, bei dem immer wieder die Eigen- und Fremdsicht der Betroffenen voneinander abweichen, und zielt auf das zweite Interesse der Arbeit ab, nämlich die Fremdsicht der Therapeuten in den hermeneutischen Verstehensprozess der Betroffenen

mit einzubauen, um dadurch festzustellen, ob und in welcher Weise Eigen- und Fremdsicht divergieren, aber vor allem, um zu einem tieferen Verständnis der Betroffeneninterviews zu kommen.

In dieser Arbeit wird somit als Erhebungsmethode für die Interviews das vorgestellte Schema der Datenerhebung nach Glinka verwendet.

Zur Erhebungsmethode gehört auch die Transkription der Daten – darum geht es im nächsten Kapitel.

18.5. Die Transkription des Datenmaterials

In diesem Kapitel wird das Transkriptionsverfahren der Interviews erklärt.

Dabei versteht man unter *Transkription* „...die graphische Darstellung ausgewählter Verhaltensaspekte von Personen, die an einem Gespräch (...) teilnehmen. Zur Transkription gehören *Transkribierende*, *Notationszeichen*, das Produkt in Form eines *Transkripts* und die *Transkriptleser*...Ziel der Herstellung eines Transkripts ist es, die geäußerten Wortfolgen (verbale Merkmale), häufig aber auch deren lautliche Gestaltung, z. B. durch Tonhöhe und Lautstärke (prosodische Merkmale) sowie redegleitendes nichtsprachliches Verhalten (sei es vokal wie Lachen oder Räuspern – parasprachliche Merkmale – oder nichtvokal wie Gesten oder Blickverhalten – (außersprachliche Merkmale) möglichst genau auf dem Papier darzustellen, sodass die Besonderheiten eines einmaligen Gesprächs sichtbar werden.“ (Kowal & O’Connell in Flick u. a. 2000, 438)

Dabei unterscheidet man die *Transkription* „...von der *Deskription* des Gesprächsverhaltens. So kann das hörbare Einatmen eines Gesprächsteilnehmers durch »hhh« transkribiert oder durch »EINATMEN« beschrieben werden. Der Buchstabe »h«, so wird angenommen, bildet in schriftlicher Form den Vorgang des Atmens ab, und die Anzahl der Buchstaben gibt den Eindruck von der Dauer der Atmung.“(Kowal & O’Connell in Flick u. a. 2000, 438)

„Der Feinheitsgrad der Transkription ist eine Entscheidung des jeweiligen Forschers vor dem Hintergrund seines Forschungsgegenstandes, seiner Profession und vielen anderen Kriterien, die er nach eigenem Ermessen zu berücksichtigen hat.“ (Glinka 1998, 23)

Deswegen wurde je nach eigener Bewertung die Transkription und Deskription vorgenommen.

Die Trans- und Deskription des Datenmaterials sollte und wird also „So genau wie nötig, aber so gewissenhaft wie möglich (durchgeführt werden, A., Schachameier).“ (Glinka 1998, 23)

Und auch Bittner schreibt, dass man auf eine getreuliche Transkription aller Äußerungen wie ‚Ah‘ oder ‚Hm‘ verzichten könne, weil man Exaktheit in der Verschriftlichung dadurch nicht beweise. (vgl. Bittner 2001, 61)

Hingewiesen werden soll an dieser Stelle auf den Datenschutz durch die Anonymisierung der persönlichen Patientenangaben. Dieser Vorgang wurde von Glinkas Prinzipien abgeleitet: „Im

Interviewarrangement wurde ja...dem Informanten absolute Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert...In diesem Verfahren...(der, A. Schachameier) Anonymisierung werden alle Eigennamen sowie Zeit und Ortsangaben – letztendlich jeder Hinweis im Text, der Rückschlüsse auf den Erzähler zulassen könnte – durch Decknamen maskiert...Die Maskierung sollte andererseits jedoch berücksichtigen, daß der damit einhergehende Entfremdungseffekt nicht soweit vorangetrieben wird, daß die Gesamtgestalt der Ereignisse und die Kontexte, die die kognitiven Figuren verknüpfen, erhalten bleiben.”(Glinka 1998, 23 f)

Im Folgenden werden die in den Transkripten verwendeten Notationszeichen im Überblick dargestellt. Die Regeln wurden von Mergenthaler (1992) übernommen, die auch am angegebenen Ort in Kombination mit einem Beispieltranskript nachgelesen werden können:

- Betonte Aussagen werden mit nachgestelltem Ausrufezeichen gekennzeichnet. Beispiel: da hatte ich plötzlich Angst! Bekommen...
- Auffällige Betonungen werden mit nachgestelltem Doppelpunkt versehen. Beispiel: ich war damals im Schwarzwald: zur Kur...
- Um dem Datenschutz gerecht zu werden, müssen Namen verändert werden. Diese werden dann mit einem vorangestellten Sternchen markiert. Beispiel: der *Benjamin hat mir sehr geholfen...
- Werden andere Personen vom Befragten zitiert, wird das Zitat folgendermaßen gekennzeichnet: und meine Frau meint `du musst unbedingt zum Arzt gehen’...
- Eine Besonderheit ergibt sich auch bei der Interpunktion, die nicht wie üblich verwendet wird. Ein Fragezeichen wird eingesetzt, wenn gefragt wird. Beispiel: ja kann ich mir denn da wirklich sicher sein?...Ein Punkt wird nur dann verwendet, wenn der Befragte oder der Interviewer einen Gedanken endgültig abschließt. Beispiel: A: und dann war die Kur auch schon vorbei. I: vielleicht erzählen Sie jetzt etwas über Ihren Alltag...Kommata kennzeichnen ein kurzes Zögern, wenn der Gedanke danach wieder aufgegriffen wird. Beispiel: ich war zu der Zeit wirklich ratlos, aber nach und nach kamen einige Ideen...Der Strichpunkt kommt zum Einsatz, wenn ein Gedanke abgeschlossen ist, ein neuer jedoch folgt. Beispiel: die Ärzte wollten mir ja schließlich helfen; und dann passierte aber das Unfassbare...
- Abgebrochene Wörter werden folgendermaßen markiert: das war sehr merkwü- merkwürdig
- Bei unverständlichen Teilen ersetzt pro Wort ein Schrägstrich unverständliche Teile. Beispiel:

das Symptom war typisch / sagte der Arzt...

- Bei Sprechpausen gilt: - entspricht ca. 2 Sekunden, - - entsprechen etwa 5 Sekunden, - - - stehen für 10 Sekunden Pause, - - - - markieren 15 Sekunden, - - - - - weisen auf 30 Sekunden Pause hin.
- Bestätigungen werden durch ein ‚hm‘ oder ‚hmhm‘ dargestellt.
- Bei Fragen setzt man ein ‚hm?‘ ein, wichtig ist das Fragezeichen, das von der Bestätigung unterscheidet.
- Verwunderung wird mittels ‚hm, hmhm,‘ transkribiert. Ratlosigkeit mit ‚hm. hmhm.‘ Zu beachten ist also, dass Kommata und Punkte zwischen Verwunderung und Ratlosigkeit unterscheiden.
- Eine Verneinung drückt man durch ein ‚hmhm‘ aus.
- Freie Kommentare können in Klammern und nachgestellt deskribiert werden:...(Patient lacht leise).
- Groß- und Kleinschreibung entspricht nicht der gewöhnlichen Regelung, denn außer Substantiven, Eigennamen und Anreden wird alles kleingeschrieben – auch der Satzanfang.
- Abkürzungen werden ausgeschrieben (zum Beispiel). Sie werden aber übernommen, wenn sie Bestandteil des Namens sind (BP-Tankstelle).
- Stottert ein Befragter, wird dies so verschriftlicht: ich ha- ha- habe es doch gesagt.
- Zahlen werden ausgeschrieben, wo es möglich ist (elf Uhr, 1991 war ich...)
- Wortschöpfungen werden mit Bindestrichen transkribiert (das In-der-Welt-Sein).
- Fehler werden übernommen, es ergeht nachstehend in Klammern der Hinweis, dass es sich hier um einen Fehler handelt: ich habe allergerisch (Versprecher) reagiert. (vgl. Mergenthaler 1992)

Die Erklärung bezüglich des Datenschutzes kann im Anhang nachgelesen werden.

18.6 Die wissenschaftliche Methode - das Interpretationsverfahren der Arbeit

Allgemein kann man sagen, dass es bezüglich der Auswertung und Interpretation von biographischen Interviews keine einheitlichen Regeln gibt (vgl. Fuchs-Heinritz 1984, 280):

„Welche Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews im Rahmen einer Untersuchung gewählt werden, hängt von der Zielsetzung, der Fragestellung und dem methodischen Ansatz ab – und nicht zuletzt davon, wie viel Zeit, Forschungsmittel und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen.“(Schmidt in Flick u.a. 2000, 447)

Das Interpretationsverfahren dieser Arbeit grenzt sich von weiterverbreiteten qualitativen und natürlich besonders von quantitativen Ansätzen ab.

Die wissenschaftliche Methode der Interviewauswertung stützt sich auf die geisteswissenschaftliche Methode der Hermeneutik, auf deren Grundlage Bittner ein spezielles Interpretationsverfahren entwickelt hat, das hier zu Anwendung kommt.

Dazu soll zunächst kurz auf die Hermeneutik allgemein eingegangen werden, um dann Bittners Entwurf einer hermeneutischen Psychologie darzustellen.

Als Begründer der wissenschaftlichen Hermeneutik gilt Wilhelm Dilthey, der das Erklären dem Verstehen gegenüberstellt: „Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir.“ (zit. n. Danner 1989, 35)

Das Wort ‚Hermeneutik‘ drückt aus, dass etwas zum Verstehen gebracht werden soll, dass Verstehen vermittelt werden soll.(vgl. Danner 1998, 31)

„Unter Hermeneutik haben wir somit die »Kunst der Auslegung« zu verstehen.“(vgl. ebd.) Dabei ist Hermeneutik gleichzeitig Auslegungskunst und Theorie der Auslegung.(vgl. Ritzel 1970, zit. n. Danner 1998, 32)

Allerdings muss beachtet werden, dass es keine einheitliche Theorie der Hermeneutik gibt. (vgl. Broecken in Ellwein und andere 1975, zit. n. Danner 1998, 33)

Heidegger geht in der Grundannahme einer ontologischen Hermeneutik davon aus, dass: „Unser Wesen ist von vornherein derart, dass es versteht und Verständlichkeit bildet.“ (Heidegger, 1983, 444)

Ein zentraler Begriff der Hermeneutik ist somit der des Verstehens. Wir verstehen zum Beispiel eine Melodie oder einen geistigen Zusammenhang. Dabei ist Verstehen mittels des

Äußeren ein Inneres erkennen zu können, wobei sich das Innere als Sinn und Bedeutung zeigt, das Äußere kann als Ausdruck dieses Sinns verstanden werden. (vgl. Danner 1998, S. 34 ff)

„Im Unterschied zu den Naturwissenschaften, die Gesetzes-Hypothesen formulieren und sie von außen an ihren Gegenstand, die Natur, herantragen, um z.B. physikalische Fallgesetze zu erklären, zielen für ihn die Geisteswissenschaften auf das Verstehen der Bedeutung von menschlichen Lebensäußerungen, von geschriebenen Texten, von Kunstwerken, kurz von Zeichen.“ (Krüger 1999, 182)

Hermeneutisches Verstehen ist in erster Linie Sinn-Verstehen. Psychologisches Einfühlen, Sichhineinversetzen in den Anderen macht darum nicht das gesamte hermeneutische Verstehen aus; es kann als Sonderfall von Verstehen begriffen werden. (vgl. Diemer in Diemer 1971, zit. n. Danner 1998, 44)

„Verstehen im hermeneutischen Sinn erstreckt sich jedoch nicht nur auf Texte. Vielmehr können wir ganz allgemein und vorwegnehmend sagen, daß wir immer dann hermeneutisch vorgehen, wenn wir mit Menschen und mit menschlichen Produkten im weitesten Sinn umgehen.“ (vgl. Diemer 1977, zitiert nach Danner 1998, 32)

„Dilthey bringt im Anschluß an diese Definition als Beispiel das Lallen eines Kindes. Das Äußere des Lallens sind Laute, die wir als unartikulierte kennzeichnen würden, ihr Inneres kann Wohlbehagen bedeuten; das Lallen ist also nicht sinnlos – es ist Ausdruck von etwas, es hat eine Bedeutung.“ (Dilthey 1961 zit. n. Krüger 1999, 183)

Somit definiert Dilthey Verstehen wie folgt: „Wir nennen den Vorgang, in welchem wir aus Zeichen, die von außen sinnlich gegeben sind, ein Inneres erkennen, Verstehen.“ (Dilthey 1961 zit. n. Krüger, 183) Dilthey setzt mit dem Begriff des Zeichens voraus, dass dieses schon als solches verstanden ist. (vgl. ebd.)

In der Hermeneutik unterscheidet man zwischen „elementarem“ Verstehen, das auf Selbstverständlichkeit zurückgreift und ständig im Kommunikationsprozessen stattfindet, und „höherem“ (oder „tieferem“) Verstehen. Lachen gilt gemeinhin als Ausdruck von Freude, Weinen als Ausdruck von Trauer oder Schmerz usw. und erfordert zunächst nur elementares Verstehen. Höheres Verstehen setzt dagegen ein kompliziertes Verfahren voraus, bei dem Verweisungszusammenhänge erforscht und erkannt werden müssen. „Auf diese Weise

werden ‚dauernd fixierte Lebenszusammenhänge‘ in einen Sinnzusammenhang gestellt.“ (Fuhr 2001, 424)

Die Grundlage des Verstehens ist dabei ein gemeinsamer objektiver Geist. (vgl. Danner 1998, S. 47 f)

„Zum »objektiven Geist« gehört die Gemeinsamkeit aller Lebensbezüge, wie Dilthey mit Wort, Satz, Gebärde, Höflichkeitsformel, Kunstwerk und historischer Tat andeutet, also nicht nur die Sprache.“(Danner 1998, 49)

Dieser ist Ausdruck einer bestimmten Kultur in einer bestimmten historischen Zeit. Und auch das hermeneutische Verstehen ist für Dilthey selber immer geschichtlich, da es auf das Herausarbeiten der Bedeutsams- und Wirkungszusammenhänge der geistigen Welt in ihrer historischen Gewordenheit abzielt. (vgl. Apel 1974, 279) Hermeneutik muss somit den Verstehens-Horizont im Hinblick auf den jeweiligen Kulturraum und die geschichtliche Situation erhellen. (vgl. Lamnek 1998, 79)

Der hermeneutische Verstehensprozess vollzieht sich nicht linear von A nach B, sondern zirkulär. In der geisteswissenschaftlichen Tradition ist diese Zirkularität der Bedeutungsfindung als „hermeneutischer Zirkel“ bekannt: „Die Zusammenhänge erhellen sich wechselseitig, indem wir sie immer wieder zueinander in Beziehung setzten und auf Stimmigkeit überprüfen.“(Fuhr 2001, 425)

Dabei kann ein Text mit einem Vorverständnis verstanden werden, wobei das so erreichte Textverständnis wieder das Vorverständnis korrigiert und so weiter.

Mit diesem Vorverständnis und der immer wiederkehrenden Rückbezüglichkeit auf das Vorverständnis ist nach Dilthey ein „Wiederfinden des Ich im Du“ im Verstehensprozess gemeint. (vgl. Dilthey 1907, 205) Der subjektive Erfahrungshintergrund ist also Teil dieses Prozesses.

Daher gilt, dass „...dasjenige, was verstanden werden soll, schon irgendwie vorweg verstanden sein (muss, A. Schachameier).“ (vgl. Broecken in Ellwein u. a. 1975, zit. n. Danner 1998, 57)

Generell besteht im hermeneutischen Verstehensprozess aber eine hermeneutische Differenz „...zwischen Verstehendem und dem vom Autor Gesagten, und es bleibt letztlich offen, ob es zu einem endgültigen Verstehen kommt, ja überhaupt kommen kann.“ (Danner 1998, 58)

Ein Vorverständnis für die Interpretation der Interviews dieser Arbeit ist jedoch in zweierlei Hinsicht vorhanden. Zum einen durch die Vorarbeit und der Auseinandersetzung mit Geschichte, Definitionen und Bedingungsgefügen, und zum anderen durch des Autors persönliche Erfahrungen mit Alkohol und durch die Arbeit in der soziotherapeutischen Einrichtung.

Mit diesem Vorverständnis werden die Interviews beleuchtet, um das Leben mit der Erkrankung besser zum Verstehen zu bringen und gleichzeitig den Patienten, der mit der Erkrankung lebt, in den Mittelpunkt zu stellen.

Auf dieser Grundlage fußt nun Bittners hermeneutische Psychologie. Er bezieht sich dabei auf Dilthey, der als Begründer der modernen Geisteswissenschaften gilt. Dilthey hat in Abgrenzung zur experimentellen Laboratoriumspsychologie seiner Zeit (1833 – 1911) eine „neue“ Psychologie vertreten, die vom Leben und Erleben der Menschen handeln soll. Diesen Gedanken greift Bittner auf, und versucht dieses Anliegen für die heutige Zeit wieder fruchtbar zu machen mit dem Ziel, eine hermeneutische Psychologie zu entwerfen, die sich am Leben selbst orientiert. (vgl. Bittner 2001, 50 ff.)

So steht auch Bittner den heutigen psychologischen und soziologischen Forschungsansätzen kritisch gegenüber:

„Die Wissenschaft vom Menschen, vor allem Psychologie und Soziologie, aber auch...die Physiologie, sind nämlich nicht zufällig, sondern vom ganzen Ansatz her ‚lebensfremd‘, sie untersuchen Lebensvorgänge überwiegend nicht in situ, d.h. an dem Ort, an dem sie natürlicher Weise vorkommen, sondern sozusagen unter Laboratoriumsbedingungen, wo sie evoziert werden können, wie es dem Forscher für seine Zwecke am bequemsten ist.“ (Bittner 2001, 49)

In diesem Zusammenhang sei nochmals kritisch auf die evidenzbasierte Suchtforschung verwiesen, die ebenfalls gerne Merkmale isoliert zu betrachten und zu messen versucht, ohne den Bezug zur Lebenswelt herzustellen.

Und gerade deshalb bergen diese Ergebnisse immer eine gewisse Gefahr: „Wissenschaft ist, wo es sich um die Aufklärung von Alltagserscheinungen unseres Leben handelt...stets in der Gefahr, uns in die Irre zu leiten; wir tun gut daran, Aussagen der Wissenschaft an unserer alltäglichen Lebenserfahrung zu messen, um wenigstens die größten Irrtümer zu vermeiden.“ (ebd.)

Damit wird wieder deutlich, worauf es Bittner ankommt. Er möchte Lebensfäden aufnehmen und durchleuchten, um Bereiche zu erforschen, an die quantitative, aber auch qualitative Forschungsmethoden bisher nicht hingekommen sind:

„So stelle ich mir eine ‚neue‘ Psychologie vor, die Dinge ‚aus der Nähe‘ aus der Partizipation, aus dem Zusammenhang des Lebens heraus betrachtet: nicht ‚Daten‘ als Materialbasis für Zusammenhänge nimmt, sondern Erlebnisse, die sich vorzüglich in Ich-Erzählungen, in ‚Geschichten‘ artikulieren – Geschichten, die in einem Sinnzusammenhang stehend interpretiert werden; im Hintergrund die Ahnung von Strukturen, von überpersönlichen Gesetzmäßigkeiten unseres Lebens, Gesetzmäßigkeiten, die man aber nicht wissen, die man nur erahnen kann...Gesetze endlich, unter denen mein, des Psychologen Leben ebenso steht wie das meiner beforschten ‚Objekte‘ – das wäre das Programm einer Psychologie ‚aus der Innenperspektive‘, einer Lebensäußerungen auslegenden, interpretierenden, eben einer hermeneutischen Psychologie.“(vgl. Bittner 2001, 58)

Des Weiteren bezieht sich Bittner weiter auf Dilthey (1894) und geht davon aus, „...dass der psychologische Forscher auf sein eigenes Erleben als Basis jeder Forschung verwiesen ist, dass er sein Erleben zur Klarheit bringen, in Worte fassen, mitteilen, reflektieren und interpretieren muss. Somit wäre mit psychologischer Forschung stets ein erhebliches Stück Selbstoffenbarung, Preisgabe des eigenen Ich verbunden.“ (Bittner 2001, 54)

Und weiter: „Um erzählte Lebensgeschichten zu verstehen, bedarf es eines Vorverständnisses der eigenen Lebensgeschichte. Insofern wäre in der Tat das pädagogische Biographieninteresse letztlich auch ein autobiographisches (...).“ (ebd.)

Es geht Bittner also um das Berührt- und Betroffensein im eigenen Lebenszusammenhang um von dort aus Phänomene zu beschreiben und sich von dort aus zu Allgemeinerem vorzutasten. (vgl. ebd., 54)

Die Reflexionen setzen also an den konkreten Lebenserfahrungen an und schließen somit den Blick auf die eigene Lebensgeschichte mit ein. So vollzieht sich für Fröhlich „...auch in der ‚wissenschaftliche‘ Auseinandersetzung mit erzählten Lebensgeschichten...notwendigerweise ein Rückbezug auf eigene lebensgeschichtliche Erfahrung.“ (Fröhlich 1997, 176)

Und auch Baacke und Schulze weisen auf diese „doppelte Subjektivität“ hin:

„Die erzählte Geschichte ist subjektiv sowohl in Bezug auf Wahrnehmung, Auswahl und Zusammenstellung der Daten wie in Bezug auf ihre Deutungen, und die Subjektivität des Erzählers fordert ihrerseits die Subjektivität des Interpreten heraus.“ (Baacke 1979 u.a., 9)

Auch nach Bittner soll man sich am Leitseil des eigenen Erlebens entlangtastend, sich in fremdes Erleben einfühlen, sich hineinversetzen, es sprachlich nachgestalten, selbstreflexiv und selbstkritisch. (vgl. Bittner 2003, 59)

Bittner geht aber noch einen Schritt weiter, indem er Diltheys „Wiederfinden des Ich im Du“ mit der Psychoanalyse kombiniert und sein Bestreben ‚Innerlichkeits-Hermeneutik‘ nennt. (vgl. Bittner 2001, 56)

Er macht in seinen Ausführungen diesen Unterschied zwischen der psychoanalytischen Auslegungswissenschaft der menschlichen Innerlichkeit und den eher klassisch-philologisch-historischen Wissenschaften der Auslegung deutlich: (vgl. Bittner 2001, 56)

1. Dilthey war es wichtig, das Verstehen als Methode wissenschaftlicher Hermeneutik auf das Auslegen dauernd fixierter Lebensäußerungen zu beschränken, um ein gewisses Maß an kontrollierbarer Objektivität zu erhalten. (vgl. Dilthey 1900, zit. n. Bittner 2001, 56)

Damit sind beispielsweise Texte gemeint, die nicht mehr veränderbar und verschiedenen Forschern in gleicher Weise zugänglich sind. „Demgegenüber verstand sich Psychoanalyse...schon immer als Auslegung von nicht-fixierter

Alltags-Rede, von Wechselrede vor allem unter den Vorgaben des klassischen psychoanalytischen Settings. Das Nicht-Fixierte dieser Art von Alltagsrede schafft zwar spezifische Interpretationsbedingungen und -schwierigkeiten, vor allem hinsichtlich des von Dilthey geforderten kontrollierbaren Grades an Objektivität, gibt jedoch keinen Grund, diese Art von Alltags- und Wechselrede von der kunstmäßigen Auslegung von vornherein auszuschließen.“(Bittner 2001, 56)

„Die psychoanalytische Interpretation richtet sich auf den latenten Text, auf unterschwellige Mitteilungen und Mitteilungsabsichten der textproduzierenden Subjekte. Sie erschließt Sinn, gleichsam „zwischen den Zeilen“ lesend.“ (Bittner 2001, 56)

An dieser Stelle soll noch auf einen Aspekt aufmerksam gemacht werden, der erklärt, warum der Interpret mehr verstehen kann als im Erzähltext steht, wieso nichterzählte Erzählpassagen

verstanden werden können. Wälzer erklärt, dass sich das autobiographische Gedächtnis in „sozialen Austauschprozessen heranbildet“ und viele uns nicht bewusste Aspekte enthält, die im Zusammensein mit anderen notwendig sind um Interaktionen verstehen zu können. (Welzer 2005, 222) Er folgert, indem er sich auf Gadamer bezieht: „In Wahrheit gehört die Geschichte nicht uns, sondern wir gehören ihr. Lange bevor wir uns in der Rückbesinnung selbst verstehen, verstehen wir uns auf selbstverständliche Weise in Familie, Gesellschaft und Staat in denen wir leben. Der Fokus der Subjektivität ist ein Zerrspiegel. Die Selbstbesinnung des Individuums ist nur ein Flackern im Stromkreis des geschichtlichen Lebens.“(Gadamer 1986 zit. n. Welzer 2005, 223)

In Bezug auf die Interviewinterpretation finden wir bei Bittner kein methodisch festgeschriebenes Analyseschema. Dies lässt sich damit erklären, dass Bittner davon ausgeht, „...dass das Ich in seinem Kernbestand ein Gefühl ist.“ (Bittner 2001, 197) und „Aussagen und Mitteilungen des Ich-Gefühls...den Charakter poetisch-metaphorischer Umkreisungen.“ (ebd.) Dies schließt vielleicht ein allgemeines, festgesetztes Analyseschema an sich aus, da sie von einem sich artikulierenden Ich ausgeht, was sich in poetischen Bildern und Metaphern ausdrückt, und von daher ihre Regeln gewinnt. (vgl. Biendarra 2002, 8)

Dennoch lassen sich zwei methodische Punkte festhalten: Zum einen ist dies die Texttreue. Sie besagt, dass man „...nicht mit einem vorgefertigten Theorieansatz, mit einer Diagnose an den Text bzw. den Menschen herangehen, sondern vielmehr fragen (soll, der Verfasser), was der Text sagt bzw. das einzelne Subjekt zum Ausdruck bringen will.“(ebd.)

Zum anderen ist es die Oszillation. Damit ist das Durchdringen des Textes gemeint bzw. das Verstehen des sich mitteilenden Menschen, das sich in einem ständigen Oszillationsprozess zwischen eigenem und fremdem Erleben vollzieht.(vgl. ebd.)

Des Weiteren sollte der Interpret mit einer Haltung der „schwebenden Aufmerksamkeit an den Text herangehen, den Rückhalt dafür bietet das Wissenschaftsverständnis der Psychoanalyse.“ (Biendarra 2002, 9) Dieser psychoanalytische Aspekt meint auch, dass sich die Interpretation auf Mitteilungen unterschwelliger Natur sowie Mitteilungsabsichten des Befragten bzw. Erzählenden richtet, indem sie quasi zwischen den Zeilen nach Botschaften sucht. (vgl. Bittner 2001, 56)

„Ich achte mit der Freud'schen ‚gleichschwebenden Aufmerksamkeit‘ (Freud 1912, S. 377) auf das, was mir entgegenkommt, was sich mir zeigt, was ich von meinem Vorverständnis, von meiner eigenen Lebenserfahrung her als sinnvoll auffassen kann.“(Bittner 2001, 204)

In diesem Sinne soll auch die Therapeutenperspektive interpretiert werden. Die Interviews werden jeweils in Bezug auf die subjektiv erzählten Lebensgeschichten nach den Prinzipien des hermeneutischen Verstehens ausgewertet.

Dies eröffnet die Möglichkeit, zu einem tieferen Verständnis der Betroffenen zu gelangen, da gewissermaßen durch eine psychoanalytische Brille erkundet werden kann, wie die Therapeuten erzählen, was sie erzählen und was im Vergleich dazu die Betroffenen, und vor allem aus welcher Perspektive sie Dinge beschreiben, ausmalen oder weglassen.

Dadurch erhofft sich der Verfasser zu einer gewissen Tiefendimension zu gelangen, und zwar in einem psychoanalytischen, hermeneutisch-interpretativen Verständnis nach Bittner:

„Der Psychoanalyse fällt die Aufgabe zu, die Vielzahl der menschlichen Selbstaussagen, besonders dort, wo sie den Betroffenen leiden machen, ihrerseits auszulegen. Indem sie sich dieser Aufgabe stellt, wird sie zur hermeneutischen Psychologie.“ (vgl. Bittner 1998, 66)

„Analyse ist Hermeneutik und nichts sonst: Hermeneutik unter dem Vorverständnis des Unbewussten.“ (Bittner 1998, 64)

Durch die Annahme des Unbewussten kommt nun auch die Annahme von Verdrängung und Abwehrmechanismen ins Spiel:

„Abwehr bzw. Verdrängung ist keine vorfindbare Entität, die man untersuchen kann, sondern ein nützliches, ein unentbehrliches interpretatorisches Konstrukt.“ (ebd. 179)

Zusammenfassend zielt dieses Vorgehen ab auf das Ich mit „seiner prekären Vielheit bzw. Einheit, das nicht ‚hinter sich selbst‘ kommen, sondern das Unbekannte seiner selbst nur in immer neuen metaphorischen Wendungen zu umkreisen vermag (Bittner 1998 b), es bildet den Auslegungshorizont jeder Art von ‚Erlebnissen‘ in der Perspektive einer psychoanalytisch verstandenen Hermeneutik.“ (Bittner 2001, 57)

Und hierbei sollen die Therapeuteninterviews helfen, um zu einem vertieften Verständnis der Subjekte zu kommen, mit einem Vorverständnis des Unbewussten und einem offenen Abwehrverständnis. Anhand der Therapeuteninterviews kann im Einzelfall auch untersucht werden, ob und wie Dinge evtl. ausgeblendet werden oder eben nicht, wie dies so oder vielleicht ganz anders passiert. Wie das nicht Erzählte verstanden werden kann, vor allem in

Bezug auf unterschiedliche Therapeuten und Betroffenenaussagen, sowie Ich-Standpunkten und Perspektiven des Erzählers.

Dabei wird im Sinne einer dreifachen Subjektivität die Interviewinterpretation vorgenommen: Die Therapeuten mit ihren Biographien und der Verfasser mit seiner Lebensgeschichte begegnen den Betroffenen mit ihrer Biographie. Leben begegnet Leben und erzähltem Leben.

Damit wird also wiederholt deutlich, dass es bei der hermeneutischen, psychoanalytisch-interpretativen Auswertung der Eigen- und Fremdsicht der Betroffenen um eine den subjektiven Einzelfall betrachtende Methode handelt, die nicht nach im Voraus festgelegten Variablen sucht, welche beispielsweise Abwehrmechanismen beschreiben. Es geht vielmehr darum, auch hier den Therapeuteninterviews, vor allem in Bezug auf die Betroffeneninterviews, mit einer frei schwebenden Aufmerksamkeit zu begegnen.

Ziel des hermeneutischen Interpretierens ist somit

- 1) Das Patienten-Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen.
- 2) Krankheit bzw. Alkoholismus quasi automatisch unter dem Aspekt der Bildung zu betrachten, weil sie bzw. er das Leben verändert
- 3) Das Krankheitsbild des Alkoholismus durch ein hermeneutisches Interpretationsverfahren mit der Betroffenheit des Autors und in Bezug auf die Therapeuteninterviews zu einem besseren Verstehen zu bringen.

19. Interpretation der Interviews

Bei allen Probanden wurden nach dem Arztbericht des Gesamtplanverfahrens (vgl. SGB XII § 58) eine seelische Behinderung auf Grund einer chronischen Suchterkrankung festgestellt. Demnach können diese Personen als chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke betrachtet werden.

Bei jeder Interviewinterpretation wird wie folgt vorgegangen:

1. Interpretation des Interviews mit der jeweiligen betroffenen Person
2. Interpretation des Therapeuteninterviews in Bezug auf das Betroffeneninterview
3. Zusammenfassung der wichtigsten Punkte

Interpretation Person A

Soziographische Daten:

Person A. ist 42 Jahre alt, hat 5 Geschwister, ist bei den Eltern aufgewachsen, beide Elternteile leben noch.

Person A. lebt in einer betreuten Außenwohngruppe.

Herr A. ist in ländlicher Umgebung in einer bäuerlichen Großfamilie aufgewachsen und musste schon sehr früh in seiner Jugend arbeiten, die Eltern hatten wenig Zeit, sodass er bei der Großmutter aufgewachsen ist:

„och ja aufgewachsen...ja wir haben eine Großfamilie einen Haufen Geschwister habe ich...wir haben halt...geschafft gehabt habe ich auch...Kindheit schon...früh in der Landwirtschaft gearbeitet bis zum Alter in dem ich berufsfähig bin teilweise bis zum puh! vierzehnten fünfzehnten Lebensjahr haben (Versprecher) wir bei der Oma groß geworden, hat die Oma uns versorgt weil die Alten berufstätig waren...“ (Interview A, 1)

Er hat im weiteren Lebensverlauf eine Metzgerlehre begonnen und abgeschlossen. (vgl. Interview A, 1) Während dieser Zeit hat er bereits mit dem Trinken begonnen. (vgl. Interview A, 1) Er musste also bereits in sehr jungen Jahren ins Arbeitsleben einsteigen und war damit vermutlich ein wenig überfordert, und es gehörte zur Normalität, dass wohl die Metzger bei der Arbeit Bier getrunken haben:

„...na ja und da habe ich dann als Metzger dann aufgehört und da habe ich dann schon ein bisschen mit dem Alkohol! angefangen weil ich da ja in der Lehrzeit ja auch schon das Trinken ein Lehrjahr circa auch schon ein bisschen mit dem Alkohol, wo wir da so gravierend ab und zu einmal eine halbe Bier...“ (Interview A, 1)

Es wird an dieser Stelle aber zweimal die Phrase „ein bisschen mit dem Alkohol“ verwendet, dies deutet auf ein Herunterspielen hin. Ferner stellt das Wort „gravierend“ einen gewissen Widerspruch dar, vermutlich weil es doch einige Bier mehr waren.

Dann erzählt er von einer neuen Arbeitsstelle im Sägewerk. Der Leser erfährt nichts darüber, wie lange und warum er nicht mehr als Metzger gearbeitet, und wieso er im Sägewerk angefangen hatte. Die Vermutung liegt nahe, dass im Zusammenhang mit dem steigenden Alkoholkonsum etwas Unangenehmes verheimlicht wird, oder die Arbeit als Metzger war einfach nicht für ihn geeignet.

Der Konsum ist jedoch mit der Arbeit im Sägewerk gestiegen. (vgl. ebd., 1) Erstaunlich ist dann der erneute Tätigkeitswechsel zum Fernfahrer, was mit dem Erlangen des Führerscheins begründet wird. Auch hier bleibt wieder ungeklärt, wieso es ausgerechnet zu dieser Art von Berufswechsel kommt. Auch hier liegt wieder die Vermutung nahe, dass dies mit bereits vorhandenen Alkoholproblemen zu tun hat, vor allem weil Person A. im Folgenden angibt, dass sie sich anfänglich als Kraftfahrer zurückgehalten hatte:

„...da war es dann mit dem Alkohol die erste Zeit habe ich mich wieder zurückgehalten gehabt...“ (ebd., 1)

Er spricht nicht davon, dass er nichts getrunken hat, und als Grund für eine erneute Konsumsteigerung gibt er Heimweh an. (vgl. ebd., 1) Dies deutet darauf hin, dass er nicht von zu Hause weg wollte, und dass er vermutlich (wieder) überfordert war. Als ob ihn jemand weggeschickt hätte, oder als ob er für sich selbst entschieden hatte wegzugehen, obwohl er gar nicht wollte.

Schließlich findet er eine Freundin, und mit ihr zusammen kommt es zu einem Verkehrsunfall unter Alkoholeinfluss. Ein Ereignis, das ihm zum ersten Mal ganz deutlich die Grenzen und die Gefahren des Alkoholmissbrauchs vor Augen führt. Es ist eine erste Schlüsselstelle, aber gleichzeitig auch wieder ein Bruch im Erzählfluss. Auffallend ist das „puh“, das er zwischen die Promilleangabe setzt:

„...Auto Totalschaden, da habe ich 1, puh! 6 Promille gehabt circa!“ (ebd. 1) Man könnte den Eindruck gewinnen, als ob er es nicht glauben könnte, dass es wirklich derartig viel Alkohol gewesen ist, den er getrunken hatte. Er verliert daraufhin den Führerschein für 4 Monate.

Die Ereignisse führen zu einem kurzzeitigen Innehalten, aber wieder fängt er an, als Fernfahrer zu arbeiten. (vgl. ebd., 1)

Schließlich lernt er seine Frau kennen, mit der er zusammenzieht. Jedoch trinkt sie auch gerne und oftmals zusammen mit ihm, der Exschwiegermutter und ihrem Freund:

„...dann habe ich meine Frau kennen gelernt mit der bin ich dann zusammengezogen und danach haben die Probleme angefangen mit dem Alkohol weil eben meine Frau auch gerne getrunken hat und die Exschwiegermutter hat auch ab und zu ein bisschen getrunken, der Freund von der Exschwiegermutter der hat auch abends getrunken das war ein...und der hat das Bier ganz gerne mit...“

Auffallend ist hier, dass offensichtlich den Anderen die Schuld dafür gegeben wird, dass er selbst wieder angefangen hat zu trinken. Fast, als wenn er ein Alibi bräuchte, zählt er neben der Frau die beiden weiteren Personen auch noch dazu. Ferner spricht er davon, dass die „Probleme angefangen haben“. Der Autor der Arbeit versteht dies als eine neue Stufe des Konsums oder als Verharmlosung des bereits zurückliegenden Trinkens.

In der Folge hört er mit der Fernfahrrerei auf und arbeitet auf dem Bau. (vgl. ebd., 2) Vielleicht auch mit der Einsicht, dass es nun wirklich zu gefährlich ist, einen LKW im Bewusstsein zu fahren, dass er ohnehin weitertrinken wird.

Es folgt nun wieder eine extreme Steigerung der Konsummenge, zuerst in Form von Bier und dann in Form von Schnaps, außerdem beginnt er nun auch mit morgendlichem Trinken. (vgl. ebd., 2)

Im weiteren Biographieverlauf wechselt er dennoch wieder zu den Fernfahrern. Diesmal mit der Angabe eines Grundes: die Baufirma hatte Konkurs gemacht. (vgl. ebd., 2) Auch das hört sich wieder so an, als ob er den Beruf gar nicht wechseln wollte, als ob klar war, dass das nicht gutgehen würde. Es hört sich wie eine Entschuldigung an für das, was kommt. Und es kommt tatsächlich zum nächsten großen Unfall. Diesmal hat er Glück, dass ihm nicht viel passiert. Er erwähnt zweimal dieses Schlüsselereignis und verliert kurz den roten Faden:

„...dann habe ich einen LKW-Unfall ich habe dann wieder in...da hat der...Konkurs gemacht...und dann habe ich wieder beim...in...angefangen im Fernverkehr und da war ich schon im Trinken drinnen und dann habe ja ich einen Unfall gehabt mit dem Lastwagen, da

habe ich 1,6 Promille meine ich wieder gehabt, da war der Laster Totalschaden da habe ich noch ganz großes Glück gehabt dass ich überlebt habe...“(ebd., 2)

Anschließend muss er ins Krankenhaus, und er macht eine Therapie. Ihm gelingt es für kurze Zeit über eine Adaptionseinrichtung eine Arbeit zu finden und in einem neuen Umfeld Fuß zu fassen sowie abstinenz zu leben. (vgl. ebd., 2)

Als er hier jedoch entlassen wird, geht er wieder ins alte Umfeld zurück und beginnt verstärkt zu trinken. Er beschreibt dies folgendermaßen:

„...bis ich dann entlassen worden bin weil da ist die Auftrag- die Aufträge haben dann nicht so floriert wie sie gemeint haben und dann bin ich nach circa sechs Wochen bin ich entlassen worden; na und was habe ich gemacht? ich bin dann wieder nach *Ansbach zurück in meine alte Umgebung.“ (ebd., 2)

Die Formulierung „ich bin entlassen worden“ klingt wieder wie eine Entschuldigung für das, was danach kommt. In Kombination mit der Frage „was hab ich gemacht?“ hört es sich an, als ob er es aus heutiger Sicht nicht fassen kann, dass sich die Sucht wieder durchsetzen wird, wenngleich dies klar gewesen ist.

Und dann geht das Trinken noch einmal eine Stufe extremer weiter:

„...da habe ich gedacht ich muss das alles nachholen was ich da versäumt habe, das war echt katastrophal und das ist so ausgefickt da habe ich dann fröhs wenn ich aufgestanden bin als Kaffee fröhs schon das Bier gehabt und immer wieder! immer wieder ein Bier mehr geworden, das ist so gravierend geworden dass ich zuletzt den Strohrum aus der Flasche gesoffen habe.“ (ebd., 2)

Wieder etabliert sich eine Alkoholkonsumsteigerung ins Unermessliche, die er selbst nicht mehr kontrollieren kann, und auch hier muss erst wieder etwas Gravierendes passieren, damit der Konsum gebremst wird. In diesem Falle schreiten die Eltern ins Geschehen ein und bringen ihn zur Entgiftung.

Hiermit ist er gar nicht einverstanden und entwickelt einen Hass auf sie und die Geschwister:

„...da habe ich die erste Zeit schon einen Hass!...auf alle gehabt, auf die Eltern und gegen meine Geschwister weil die das eingeleitet haben dass ich zur Entgiftung musste weil ich das Einsehen nicht gehabt habe...“(ebd., 3)

Aber er macht schließlich die Entgiftung und auch die Therapie wie ein braver Junge, der durchaus etwas trotzig doch seinen Eltern folgt.

Die Eltern kümmern sich in einer Situation um ihn, in der er wie ein Kind überfordert ist, gefangen in einem Suchtkreislauf. Hier schließt sich auch ein gewisser Kreis, da der Autor der Arbeit ja die Vermutung gehabt hatte, dass Person A. zu früh allein gelassen worden ist und oft überfordert war – und nun endlich kommen die Eltern zurück und helfen ihm.

Der Hass könnte auch bedeuten, „so lange habt ihr euch nicht um mich gekümmert und jetzt auf einmal kommt ihr.“

Während der Therapie gelangt er durch eine Therapeutin nach anfänglichem Sträuben zu einer neuen Einsicht und schafft es schließlich, über Jahre trocken zu bleiben. Er möchte die Therapie nach fast einem Jahr abbrechen. Aber er erwähnt vor allem eine bestimmte Therapeutin, die ihm hilft zu bleiben. Als ob eine Mutter mit ihm spricht und darum besorgt ist, dass er geht, die an ihm interessiert ist und möchte, dass er bleibt. Was er als Jugendlicher oder als Kind nicht erfahren hat, bekommt er nun. Und schließlich findet er einen gewissen Frieden in sich:

„...aber das hat sich dann so eingespielt ich war so froh dass ich trocken geworden bin, ich bin ruhig geworden ich habe wieder normal denken können...das hat zwar eine Zeit gedauert weil ich noch immer also noch etliche Dinge zum...habe...und die Therapie die hat mir ganz! viel gebracht, sehr viel hat mir die Therapie gebracht...und na ja das sind jetzt sechs Jahre sechs ja sechseinhalb Jahre in denen ich jetzt trocken bin und ich bin froh dass das so ist und dass ich die Therapie geschafft habe und noch immer trocken bin und dass ich die Unterstützung vom...habe weil die haben mich ja auch unterstützt.“

Er betont also auch hier wieder die Unterstützung, die er erfahren hat und noch erfährt, was natürlich auch wieder ein Zurück in den Schutz der Mutter symbolisieren könnte.

Person A. erzählt genau diese Sequenzen seines Lebens. Diese sind ihm wichtig und haben eine wesentliche Bedeutung und ergeben auch einen übergreifenden Sinn, wie man in des Autors Deutungen gesehen hat.

Wendet man sich den weiteren Fragen zu, so fällt zunächst auf, dass er als Beeinträchtigung durch den Alkohol angibt, dass er Schulden gemacht habe und dass seine Ehe in die Brüche gegangen sei. Davon erzählt er jedoch im fortlaufenden Text nichts. Ferner betont er, dass er sich auch von Allen abgekapselt hat:

„...ach ich habe Schulden! habe ich gehabt...meine Ehe ist in die Brüche gegangen mit meinen Eltern und meinen Geschwistern habe ich den Kontakt abgebrochen gehabt...bis ich dann also Therapie dann gemacht habe, dann ist so langsam der Kontakt wieder hergestellt worden...ich sage ja meine ganze Verwandtschaft da haben sich alle abgekapselt gehabt die wollten alle nichts mehr mit mir zu tun haben, den Arbeitsplatz habe ich verloren.“(ebd. 3)

Ein gewisser Widerspruch steckt in den Aussagen, er habe einerseits den Kontakt abgebrochen sowie langsam wieder hergestellt, andererseits habe sich die Verwandtschaft von ihm abgekapselt und wollte nichts mehr mit ihm zu tun haben.

Als Veränderung durch die Therapie gibt er an, dass er wieder über eine berufliche Tätigkeit verfüge und dass er eine Freundin habe, ferner, dass er wieder klar denken könne und insbesondere den Selbsthilfegruppen dankbar sei, die ihn bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz stützen. (vgl. ebd., 3)

Für die Zukunft betont er vor allem, dass er trocken bleiben wolle, mit seiner Freundin zusammenziehen möchte und vor allem, dass er die Selbsthilfegruppen weiter besuchen wolle. (vgl. ebd., 4)

Die Fremdperspektive:

Nimmt man nun noch die Therapeutenaussagen hinzu, dann entsteht noch ein etwas anderes Bild. Zunächst gehen die Angaben dahingehend auseinander, dass Person A. nach Therapeutenangaben wohl beim Vater gearbeitet hat.

Wesentlich interessanter ist jedoch die Aussage über die frühe Heirat und die Probleme mit der Ehefrau wegen des Fremdgehens:

„...dann ist er in den Fernverkehr gegangen und das hat ihn ein bisschen dann glaube ich getroffen; vor allem hat es dann Probleme mit seiner Frau gegeben sie ist dann fremdgegangen das hat ihn dann ziemlich heruntergezogen und durch seine Trinkerei hat es sich wahrscheinlich auch mit den Eltern vermutlich so was er gesagt hat auch nicht mehr so gut hingehauen und das hat ihn dann ziemlich heruntergezogen und da ist er dann immer mehr in den Alkohol hineingekommen.“(vgl. Therapeuteninterview A,1)

Von diesen Eheproblemen hat Person A. in ihrer Darstellung nichts erwähnt. Dieses schmerzhaft und doch sehr zentrale Ereignis hat er ausgeblendet.

Auch die Therapeutin erzählt von anfänglichen Therapieschwierigkeiten, die sich aber vor allem auch durch das Kennenlernen der Freundin verbessert hätten. (vgl. ebd, 1) Dieser Zusammenhang wird von Person A. auch nicht so erfasst.

Bezüglich der kognitiven Beeinträchtigungen erwähnt sie die Merkfähigkeit und auch die Apathie als Folge von hirnorganischen Veränderungen durch den Alkohol:

„...so kognitiv ist er schon schwach Merkfähigkeit er sagt etwas am einen Tag und am anderen Tag hat er es wieder vergessen oder...auch der Antrieb: fehlt ihm irgendwo ich glaube das hat bei ihm; gut ich habe ihn jetzt früher auch nicht gekannt aber ich denke das hängt bei ihm schon sehr mit seinem Alkoholismus zusammen.“(ebd., 2)

Person A. spricht bei der Frage nach den Beeinträchtigungen nicht von kognitiven Einbußen, betont aber an anderen Stellen, dass sie durch die Abstinenz wieder klar denken könne. Also auch hier gehen die Einschätzungen auseinander bzw. werden vom Betroffenen gar nicht so erwähnt.

Bei der Frage nach den Veränderungen durch die Therapie nennt die Therapeutin die positive Lebenseinstellung, schätzt aber Person A. als nicht so stabil ein wie sie sich selbst:

„...durch die Therapie denke ich dass er einmal eine positive Lebenseinstellung...dadurch verändert hat er hat irgendwo wieder einen Blick für das Leben bekommen denke ich einmal...er hat etwas woran er arbeiten kann, er sieht sich sehr stabil: ich bin mir da gelegentlich nicht so sicher ich denke wenn er ein großes Problem zu bewältigen hat mit dem er alleine dasteht glaube ich...greift er wieder zum Alkohol also so schätze ich ihn jetzt einmal ein! und ich sehe es immer wenn er ab und zu bei uns aufwartet da haut er wirklich wild um sich ob das wir sind oder seine Betreuer...mit Worten: und er ist sehr geladen und hat einen richtig roten Kopf bibbert richtig und ich denke...also wir können ihn gut beruhigen dann...wenn man auf ihn einredet und ihn versucht ihm das klarzumachen im Moment vielleicht nicht aber das nächste Mal schaut es dann eben anders aus; aber ich denke also wenn er jetzt so alleine auf sich gestellt wäre und das Problem bewältigen müsste ich weiß nicht ob er das dann so einfach packt, weil er will nach zu Hause mit seinen Eltern keinen Kontakt mehr haben ich denke da steht er alleine da und er hat ja Außenkontakte sehr wenig oder auch Arbeitskollegen in der Arbeit aber da ist es bei ihm eigentlich...fast schluss; also ich denke geistig ist er also kognitiv ist er sehr eingeschränkt durch den Alkoholismus.“

Mithilfe dieser Aussagen weist die Therapeutin doch auf sehr deutliche Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich hin, und es werden Überforderungstendenzen sichtbar, die aus der Erzählung von Person A. nicht erkennbar waren bzw. nur in des Autors Deutung vermutet worden waren. Womöglich hat Person A. doch so etwas wie ein Bewusstsein, das ihr klar macht, dass sie ohne Hilfe nicht mehr leben kann.

Ferner möchte er offensichtlich keinen Kontakt zu den Eltern. Dies schließt jedoch den symbolischen Gehalt des Autors Deutung nicht aus.

Was allerdings fraglich ist in Bezug auf seine Aussagen weiter oben, wenn er nämlich davon spricht, dass der Kontakt wieder langsam hergestellt wurde, ist, dass einerseits er den Kontakt abgebrochen hat und andererseits die Verwandtschaft, also auch die Eltern, die ihn je gerettet haben, sich von ihm abgekapselt haben.

Dies deutet darauf hin, dass die Beziehungen nicht ganz geklärt sind, dass es da Dinge gibt, die er nicht sehen oder einsehen will, vermutlich geht es um Schuld oder um Einsicht in die Dinge, die er ihnen gegenüber falsch gemacht hat.

Was die Frage nach der Zukunft anbetrifft, so macht er sich offensichtlich sehr große Hoffnungen, wirklich mit seiner Freundin zusammenziehen zu können. Seine eigenen Möglichkeiten sind aber doch eher beschränkt:

„...das ist ihm schon klar dass er noch immer ein bisschen Hilfe und Unterstützung braucht auch mit Schriftverkehr und so da kommt er auch nicht klar und das weiß er auch.“

Zusammenfassung:

Insgesamt wird deutlich, dass die Darstellung der eigenen Lebensgeschichte bestimmte negative Aspekte nicht erwähnt. Er kann sich an seine Unfälle erinnern, blendet aber viele Konflikte, die sich durch den Alkoholismus ergeben haben aus. Dies ist vermutlich einerseits bedingt durch wirkliches Vergessen und/oder andererseits um unangenehme Dinge im Sinne von Abwehr zu vermeiden.

Im Übrigen wird eine Ambivalenz in seinem Leben deutlich, denn immer wieder gibt es Phasen, in denen er wenig oder nichts trinkt; jedoch greift er immer wieder auf den Alkohol zurück. Die Sucht nach Alkohol ist letztlich stärker und gibt ihm im Sinne der Autorendeutung Unterstützung, die er dann in den letzten Jahren in der Realität erfährt. Auch findet man für den immer wiederkehrenden „Sieg“ der Sucht Entschuldigungen, in dem äußere Gründe für einen erneuten Konsum genannt werden.

Interpretation Person B

Soziodemographische Daten:

Herr B. ist 53 Jahre alt. Er hat vier Geschwister. Sein Vater und seine Mutter sind bereits gestorben.

Herr B. macht zunächst Angaben über seinen Lebenslauf, und zwar isoliert von der Alkoholproblematik:

„...also ich bin in *Staffelstein geboren *54...und bin da in die Schule gegangen, wir sind dann umgezogen nach *Bamberg das war *68...und dann habe ich nicht gleich eine Lehrstelle gefunden, dann bin ich in die landwirtschaftliche Berufsschule...und habe das auch fertiggemacht, und dann habe ich mich mehr für Autos interessiert logischerweise habe dann auch eine Tankwartlehre angefangen in *Weißenburg sechseinhalb Wochen, dann hat mir die Bundeswehr einen Strich durch die Rechnung gemacht...ja da war ich neunzehn, *Stuttgart...und dann *Tübingen da habe ich mich verpflichtet für zwei Jahre und da habe ich in der Kaserne meine Lehre fertiggemacht, bin ich in die Instandsetzung hineingekommen halt KFZ fertiggemacht zwei Jahre, und dann bin ich herausgekommen da ist mit Tankwart gar nichts gelaufen das war *75 *75 und dann...habe ich bin ich ins Arbeitsamt und dann war ein Angebot da mit Umschulung *Maler da habe ich dann in einer Firma gearbeitet wo ich gewohnt habe habe ich da umgeschult zwei Jahre, und dann fertiggemacht...dann habe ich für die Firma gearbeitet wo ich lackiert habe Fernsehgehäuse *Grundig *Nürnberg *Langwasser...da habe ich dann in...Lastwagen ausgeladen; dann habe ich den Gabelstaplerschein gemacht und habe halt dann in zweieinhalb Jahren dann am Gabelstapler gemacht...und da habe ich es ziemlich mit den Bandscheiben bekommen weil...da ist ein Wind hineingegangen und alles und geschwitzt drinnen und das hat dann nicht mehr hingehauen; dann habe ich ein bisschen mehr äh Gymnastik jetzt und mit ärztlicher äh Verordnung so gemacht Rückenschule und so etwas und auch Krafttraining aber auch speziell und dann habe ich natürlich und es haut schon einmal wieder hin: und dann bin ich am Hochbau...habe am Hochbau gearbeitet ein paar Jahre und dann am Straßenbau und dann Kabelbau ich habe halt sämtliche Dinger durchgemacht...“ (Interview B, 1)

Herr B. hat eine ganze Menge verschiedener Ausbildungen und Arbeitssituationen erlebt. Als besonderes Ereignis nennt er den Bandscheibenvorfall. Erst nach dieser Aufzählung von

Lebensstationen kommt er auf den Alkohol zu sprechen. Es gehörte zur Normalität, dass man auf dem Bau in den Pausen Bier trinkt. (vgl. ebd., 2) Jedoch macht er die Zeit bei der Bundeswehr für den Einstieg in die Alkoholproblematik verantwortlich:

„...war schon ein bisschen früher bei der Bundeswehr schon ja? das war gang und gäbe wenn ich da Feierabend gehabt habe dass ich dann in die Kantine gegangen bin äh nach dem Abendessen dann und mit meinen äh Kollegen da ein paar Bierchen getrunken habe...und das ist dann zur Gewohnheit! Geworden...logischerweise und ich bin dann nicht mehr weggekommen also ich war richtig...bin ich nach der Bundeswehr sowieso dann ich habe halt äh einen Flattermann gehabt in der Früh und...“ (ebd., 2)

Somit hat sich seine Sucht durch Entzugserscheinungen manifestiert. Die zeitlichen Angaben sind jedoch sehr schwammig und schwer nachzuvollziehen. Er springt dann von der Bundeswehrzeit zu einer Zeit, in der er arbeitslos war. Diese Zeit beschreibt er wieder etwas ausführlicher:

„...bin dann auch eine Zeit lang arbeitslos gewesen und da war es noch schlimmer weil ich nicht gewusst habe was ich anfangen soll den ganzen Tag...ich habe zwar viel schwarz gearbeitet aber ich habe dann auch mehr ich habe dann ziemlich viel verdient; dann halt da anderen Leuten tapeziert so in der Freizeit obwohl ich viel Freizeit gehabt habe aber das ist halt am Wochenende so gegangen, und so habe ich mich halt durchgeschlängelt ja? weil ins Arbeitsamt gefahren alle sechs Wochen nichts als Arbeit bekommen dann habe ich mich halt andersweitig beschäftigt ja? und da dann natürlich auch weil das geht ja dann wieder irgendwo hin...“ (ebd., 2)

Er erlebt diese Phasen rückblickend einerseits als extreme Trinkphasen, während derer er nicht wusste, was er mit der Zeit anfangen soll, und andererseits hat er doch gearbeitet und Geld verdient und war mit Fahrten zum Arbeitsamt beschäftigt.

Jedoch bezieht sich dies auf die Jahre um das zwanzigste Lebensjahr herum, als nächstes erzählt er von einem Zusammenbruch im Jahr 1995: „...und so ist das weitergegangen bis es zu viel geworden ist und mir hat es 95 dann das Gestell zusammengehaut (Umgangssprache: es hat ihm den Boden unter den Füßen weggezogen) war ich im BKH (Bezirkskrankenhaus) in *Weiden...ich kann mich nicht mehr erinnern wie ich dorthin gekommen bin ins BKH...ich

weiß das bis heute! nicht wie ich dorthin gekommen bin...also mein Bruder hat eben gearbeitet und meine Schwägerin hat mich in der Wohnung gefunden aber ich kann mich an nichts erinnern, ist nichts!“ (ebd., 2,3)

Vielleicht waren die Jahre bis dahin derartig durch den Alkohol geprägt, dass es sich nicht lohnt, davon zu berichten, es ist im Erleben des Betroffenen nicht wichtig, in dieser Lebenserzählung weitere Ereignisse hervorzuheben. Ein entscheidender Wendepunkt war dieser Zusammenbruch, den er nicht erinnern kann. Dies betont er mehrmals, als ob er es nicht fassen kann.

Danach kommt er ins Krankenhaus und anschließend längere Zeit auf Therapie und von dort aus in eine betreute Wohngemeinschaft der Therapieeinrichtung, in der er sich bis heute befindet. (vgl. ebd., 3)

Er betont, dass er seit 1995 keinen Rückfall gehabt hatte und auch nichts mehr trinken wolle.

„...ich habe ziemlich viel erlebt...auch mit trinken und so und ich habe es auch bei anderen Leuten mitbekommen mein Kumpel den ich gut gekannt habe...aber ich will nichts mehr trinken ich habe null Bock, aber nein ich wenn ich wenn ich Leute sehe die in *Würzburg von mir aus im Café ihr Weizen trinken und einen Schnaps dazu oder einen Wein oder Sekt oder was...dann denke ich mir äh 'lässt Du es Dir eben schmecken.' weil mir hat es ja auch geschmeckt ja?...ich denke halt 'lasst es Euch eben schmecken.' solange sie da nicht umherrollen auf der Straße was weiß ich das ist ein...normal einmal wenn einer einmal am Mittag ein Weizen trinkt zum Essen von mir aus im Wienerwald oder so etwas...das ist normal, bei mir ist es nicht bei einem geblieben...und gegessen habe ich fast überhaupt nichts, bloß eine Unterlage und der Rest Flüssigkeit!“ (ebd., 3)

Er erzählt nun aus der Gegenwart bzw. aus der jüngeren Vergangenheit, wie sich seine Einstellung zum Alkohol geändert hat und wie er heute mit Risikosituationen umgeht. Dabei vergleicht er sein Verhalten mit dem der Anderen und springt dann wieder zu sich, wie er es sonst gemacht hat. Er erzählt im Folgenden von seinen zusätzlichen Schwierigkeiten, die er durchs Rauchen bekommen hat, dass er deswegen zweimal am Fuß operiert worden ist und nun nicht mehr sonderlich weit laufen kann, aber auch, dass es ihm sonst körperlich ganz gut gehe. (vgl. ebd., 4) Dafür ist er offensichtlich dankbar, denn er erzählt weiter:

„...na ja also ich ich hoffe dass ich nicht mehr in Versuchung komme...dass ich noch einmal etwas trinke, na ja bis jetzt ist es ja gut gegangen seit 95 also zwangsweise!...denke ich einmal ja? weil selbst bin ich nicht ins Krankenhaus gegangen in *Weiden; und mir hat auf jeden Fall die Reha geholfen...weil sonst würde ich wahrscheinlich da schon liegen höchstwahrscheinlich...“ (ebd., 4)

Ihm ist bewusst, dass er selbst nicht aufgehört hätte, insofern könnte man den Zusammenbruch als unbewussten Hilfeschrei interpretieren.

Die weiteren Ausführungen sind wieder Argumente und Ansichten über die Aufrechterhaltung seiner Abstinenz. Den Faden zu seiner Lebensgeschichte hat er wohl etwas verloren. Er erzählt von Menschen, die nach der Therapie vermutlich wieder dem Alkohol verfallen sind und bringt ein weiteres Beispiel dafür, wie stark er den Versuchssituationen widerstehen kann:

„...ich lasse mich auch nicht von anderen Leuten beeinflussen die...schon geschluckt haben wie der *Mayer da oder draußen der *Müller, oder ist ja egal wer das ist...ich: auf dem Gebiet bin ich ein Egoist durch und durch...weil ich nichts trinke, da kann mir einer sagen was er will das würde mir oder einladen `komm trinke ein Bier mit!' mache ich nicht!...also ich lasse mich nicht verführen, da kann keine Frau kommen eine schöne oder sonst etwas (Patient und Interviewer lachen), oder einen Kasten Bier hinstellen ja? die würde ich aus dem Fenster hinausschmeißen mitsamt dem Kasten!...hundertprozentig!“ (ebd., 5)

Herr B. hat seinen Lebenslauf sehr kurz gefasst und führt ausführlich mit Beispielen aus, wie er seit seinem Zusammenbruch lebt und wie seine Einstellung dem Alkohol gegenüber ist. Für ihn ist ganz klar, dass er nichts mehr trinkt.

Auf die Frage nach den Beeinträchtigungen antwortet er, dass er nicht mehr laufen konnte und eine bestimmte Zeit im Rollstuhl fahren musste. Jedoch ist nicht ganz klar, ob sich das auf die Operationen wegen des Rauchens bezieht, oder ob es mit dem Trinken zu tun hat.

Des Weiteren erzählt er mehr indirekt von Gedächtnislücken und von Dingen, die ihm nach langer Zeit wieder eingefallen sind:

„...einiges: weiß: ich: inzwischen: wieder: und das hat fast zehn Jahre gedauert ja? weil ich immer wieder daran gedacht habe...ich weiß schon wie ich hineingekommen bin jetzt, aber gleich: also wie ich da ein halbes Jahr drinnen war ich habe keine Ahnung gehabt wo ich da bin!...dann haben sie einen Test gemacht in *Weiden in der Uniklinik ist gleich gegenüber...des öfteren: ich habe mich schon an einiges erinnern können aber nicht an alles ...es ist mir halt...mehr oder weniger erzählt worden, ich habe es nicht glauben können!“ (ebd., 5)

Offensichtlich sind ihm seine retrospektiven Amnesien auch teilweise bewusst.

Im Folgenden springt er aber wieder gedanklich zu Bekannten, die er aus der Rehazeit kennt, und er berichtet von einem aktuellen Ereignis.

Dies führt völlig von der Eingangsfrage weg und legt die Vermutung nahe, dass er entweder absichtlich vom Thema der Beeinträchtigungen ablenken will, oder dass womöglich seine Konzentration nachlässt.

Auf die Frage nach der Veränderung durch die Therapie führt er kurz etwas umständlich aus, dass er jetzt anders über Alkohol denkt und lenkt dann von der Frage ab, indem er von einer anderen Person erzählt. Auf nochmaliges Nachfragen erzählt er, dass er ruhiger geworden sei und wie er sich damals während der Therapie dagegen gewehrt hat, dass er etwas über sich erzählt und weicht somit letztlich der eigentlichen Frage wieder aus:

„...bei mir verändert:...ich denke ziemlich...anders ist...Alkohol und...falsche Freunde zum Beispiel...weil sicher...ich bin selbst schuld mit...aber ich habe mich halt...mit hineinreißen lassen ich hätte auch sagen können ich will nichts...aber da war ich ein bisschen zu naiv wahrscheinlich, jetzt würde mir das nicht mehr passieren weil ich ja weiß was Sache ist was ich weil ich Etliches erlebt habe Therapien oder in der Reha oder da in *Würzburg...ich habe keine Lust mehr dass ich jetzt genauso ende: wie beispielsweise *Müller ja?...weil ja der schon überall herumgehüpft und herumgelegen ist gesoffen:...das würde ich nicht verkraften wenn man mir das nachher erzählt und...ich würde verschwinden ich bräuchte in *Würzburg nicht bleiben...wenn ich einen Rückfall bauen würde: und läge da auf der Straße herum besoffen das täte mir dann Leid am nächsten Tag weil ich...wäre ich abgehauen...ich verstehe das nicht wie der *Müller da...wie der das macht:...also der muss doch auf Deutsch gesagt ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl haben oder kann er nicht mehr richtig denken:...also für mich

ist das nicht normal!...da blicke ich nicht durch!...er ist doch nicht dumm: von Haus aus oder?...also was hat der da davon ?...ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl kann das nicht sein, ich wette ich denke einmal der will auffallen dass er eben da in eine Einrichtung hineinkommt ja? denke ich einmal...sein Betreuer weiß doch das alles: aber wieso bringt er ihn nicht irgendwo hinein?...ich bin noch ruhiger geworden (Patient lacht)...ich bin ich bin...von Haus aus ruhig gewesen aber ich bin mehr ins Grübeln gekommen...ja, also auf Therapie schon im Krankenhaus...und auf der Reha sowieso da ist es ja zwangsweise gewesen dass ich etwas sage...weil ich ja auch gefragt worden bin von allen Leuten...und das...aber ich habe schon wieder alles gewusst ja? bloß ich rede nicht gerne...über Vergangenheit ja? also was ich drinnen gemacht habe und was ich privat gemacht habe das sind das ist meine: Sache! ... da müsste ich einen mindestens schon fünf Jahre gut kennen dass ich den einweihe: was ich so drinnen habe...einen guten Freund ja?...ich kann nicht in die Reha gehen und...und was soll ich da jetzt mit meinem Lebenslauf das geht bei mir nicht...und...und erzähle da sonst etwas...ich hätte ja Stories vom Pferd erzählen können und der hätte es glauben mögen! das wollte ich ja nicht!...entweder ich sage die Wahrheit oder ich sage nichts!...also habe ich nichts gesagt! (Patient und Interviewer lachen schallend) das ist so: weil ich habe sie ja nicht gekannt: das ist die Chefin dort von der Reha und ich kann nicht einer für mich wildfremden Frau da meinen Lebenslauf erzählen das geht nicht!...ich habe gesagt 'ich will doch von Dir auch nichts wissen!' und aber die hat nicht abgesehen ich habe immer dasselbe gesagt dass ich nichts erzähle!“(ebd., 7,8)

Hier stellt sich wieder die Frage, ob Herr B. nicht in der Lage ist zu reflektieren, oder ob er bewusst keine angemessene Antwort auf diese Frage gibt.

In der Zukunft möchte er in dieser Stadt und in einer betreuten Wohnform bleiben. Wenn es möglich ist, dann in einer eigenen Wohnung. (vgl. ebd., 9)

Die Fremdsicht:

Bei Herrn B. entsteht durch die Betrachtung der Fremdsicht noch einmal ein ganz anderes Bild:

Über seine Kindheit und Jugend, über die Herr B. nichts erzählt hat, beginnt die Therapeutin zu erzählen, dass Herr B. wohl ein sehr verwöhntes Kind gewesen sei und sich gerne versorgen ließ. Sie erzählt auch, dass sich der Bruder bis heute um ihn kümmert:

„...Der *Benjamin war der Jüngste von ich glaube vier vier Geschwistern, der Vater ist sehr bald gestorben was er so erzählt hat und die Mutter hat ihn sehr vereinnahmt also er war eigentlich das Muttersöhnchen daheim und ich glaube dass ihm die Mutter eigentlich so ein bisschen die Luft zum Leben genommen hat...so den Eindruck habe ich so von dem was er erzählt hat hin und wieder einmal in der Zeit, äh und sein großer Bruder der kümmert sich jetzt auch jetzt noch sehr der wohnt zwar in *Dresden der ruft ihn jeden Sonntag an und kümmert sich auch sehr um ihn, also ich glaube das war schon immer so ein bisschen das...Heimchen so so der Kleine...der der umsorgt werden will oder oder umsorgt werden muss, also und ich denke dass ihn die Mutter sehr vereinnahmt hat und das ihn ein bisschen...belastet hat oder ihm eben einfach nicht gut getan hat;...“(Therapeuteninterview B, 1)

Eine erste Übereinstimmung mit dem Betroffeneninterview zeigt sich bezüglich der Zeit bei der Bundeswehr, die sehr zur Abhängigkeitsentwicklung beigetragen hat:

„...und das was ich so mitbekommen habe ist auch bei ihm...die Bundeswehr damals das war etwas ich glaube da ist viel auch um den Alkohol gegangen ich glaube da war er überfordert und dem war er nicht gewachsen!“ (ebd., 1)

Über seine beruflichen Aktivitäten erklärt uns die Therapeutin:

„...und er erzählt zwar was er beruflich schon alles gemacht hat aber beim *Benjamin und so...alles kannst Du ihm nicht glauben, er hat mir auch schon gesagt dass er ein Kind hat...eine Tochter hat, es ist halt Phantasie!...er lebt: teilweise in seiner Phantasie der *Benjamin...also ich habe am Anfang habe ich ich habe ihm am Anfang ja ich habe ihm am Anfang ja echt auch geglaubt, aber dann habe ich halt immer wieder nachgefragt und so und dann ist es mir gekommen dass es halt doch nicht wahr ist das ist seine Phantasiewelt...“(ebd., 1,2)

Somit sind die Ausführungen über seinen beruflichen Werdegang nicht real. Wahrscheinlich erlebt er es aber so bzw. glaubt, dass diese Dinge einmal stattgefunden haben und hat somit ein gewisses Selbstbild von sich.

Mit dieser Therapeutenaussage wird natürlich so manche Erzählpassage fragwürdig, und doch ist es sein Erleben, das zu Tage kommt. Ein Um-Die-Dinge-Kreisen, von realen Bezügen oder

Fragen abschweifen und das zu erzählen, was ihm in den Sinn kommt. In den Interviewpassagen kommt er aber doch immer wieder zu einem realen Bezug, und wenn es die Einstellungen zum Trinken betrifft.

Die Therapeutin berichtet darüber, dass er früher sehr gerne Spiele gemacht hat und Zeit in Kneipen verbracht hatte:

„...war ein Spieler...hat viel in den Kneipen herumgehungen...Karten spielen oder Billard spielen und solche Sachen hat er in seiner Freizeit gerne gemacht und da ist er dann immer weiter reinkommen...ich denke er ist ein sehr gutmütiger Kerl...und hat sich da einfach hineinziehen lassen also so habe ich den Eindruck!“ (ebd., 2)

Sie weist auch auf einen Charakterzug hin, nämlich auf die Gutmütigkeit, die bewirkt hat, dass Herr B. Schwierigkeiten hatte, sich abzugrenzen, und dies hat wohl zur Abhängigkeitsentwicklung beigetragen.

In Bezug auf die Beeinträchtigungen durch den Alkohol weist die Therapeutin auf die kognitiven Einbussen hin, die bereits erwähnt worden sind:

„...er ist...ich denke sehr stark Korsakow Syndrom er kann sich viele Sachen einfach gar nicht merken oder er lebt glaube ich seine eigenen Phantasiewelt...also das Reale ist bei ihm jetzt nicht unbedingt so; er ist auch immer gut aufgelegt...er existiert auch nicht richtig er sagt dann er hat ein Raucherbein er sagt zwar schon zu mir `ach ich habe Schmerzen.` aber im nächsten Moment lacht er wieder und dann ist das eigentlich für ihn auch wieder vergessen, also ich denke einmal er nimmt sich auch selbst nicht richtig wahr!“ (ebd., 2)

Dieses Lachen konnte auch an der einen oder anderen Interviewstelle erlebt werden. In seinem Erleben ist vermutlich alles nicht so schlimm, er kann, wenn auch nicht situationsangemessen, über manche Dinge lachen.

Jedoch sagt auch die Therapeutin, dass er immer wieder Phasen hat, in denen er ganz klar in der Realität lebt:

„...ich habe immer das Gefühl bei ihm also er ist auch immer gut aufgelegt wirklich; einmal da haben wir ihn erlebt da hat er mit einem Bewohner zusammengelebt mit dem ist er nicht

klargekommen und...da steigt er dann aus: da wollte er ausziehen da wollte er alles hinwerfen und so aber normalerweise lebt er nicht in der reellen Welt hat man so das Gefühl bei ihm.“ (ebd., 2)

Zu den Veränderungen durch die Therapie zählt vor allem das Erleben von Halt, die Therapiegemeinschaft war für ihn wie eine Familie. (vgl. ebd., 3) Davon erwähnt Herr B. bei seinen Ausführungen über die Veränderungen durch die Therapie nichts.

In Bezug auf die Zukunft schätzt die Therapeutin ihn so ein, dass er wohl nicht mehr selbstständiger wird, in der Einrichtung bleiben wird und vermutlich auf Grund seines Raucherbeines ein Pflegefall werden wird. (vgl. ebd., 3)

Jedoch betont sie auch nochmals, wie stolz er auf seine Abstinenz ist und gibt ihm eine gute Prognose:

„...ich weiß es nicht also der bleibt auf jeden Fall trocken der ist schon seit zwölf Jahren trocken oder so um den Dreh und das ist auch sein Ganzes sagt er immer da ist er stolz darauf und das ist ihm auch wichtig...“ (ebd., 3)

Zusammenfassung:

Insgesamt haben wir es bei Herrn B. mit der Besonderheit zu tun, dass er in einer gewissen Phantasiewelt lebt. Die Gedächtnisbeeinträchtigungen verstärken dieses teilweise irrealen Dasein. Trotzdem bleibt offen, inwieweit die nicht erzählten Passagen eine Form von Unlustvermeidung im Sinne des Abwehrbegriffes darstellen, und inwieweit wirkliche hirnorganische Veränderungen dieses Phänomen hervorrufen.

Deutlich zu erkennen ist aber ein „bewusster Teil oder Kern“, der ohne Alkohol leben will, für den die Korrektheit biographischer Ereignisse nicht so wichtig ist, und für den auch eine tiefere Selbstreflexion nicht von großer Bedeutung ist. Er ist sich dieses Schlüsselereignisses des Zusammenbruchs bewusst, und von daher hat er den festen Entschluss gefasst, abstinenter zu bleiben. Dies ist ein innerer Sinnzusammenhang, der sein Leben erklärt, und der ja auch in den Erzählungen immer wieder durchdringt. Von daher lebt er sein Leben jetzt, und von diesem Standpunkt aus betrachtet er die Vergangenheit.

Interpretation Person C

Soziodemographische Daten:

Herr C. ist 51 Jahre alt. Seine Eltern sind gestorben. Er hat zuletzt 2 Jahre Sozialtherapie gemacht und wohnt jetzt in einer betreuten Wohngemeinschaft.

Herr C. ist in der ehemaligen DDR aufgewachsen. (vgl. Interview C, 6)

Er steigt mit 24 Jahren in seine Suchtkarriere ein. In dieser Zeit musste er von der Arbeit aus auf Montage gehen, und hierbei hatte er es sich angewöhnt, regelmäßig Bier zu trinken. Vorher hatte er nur gelegentlich getrunken:

„...so das richtige: Trinken hat eigentlich bei mir angefangen mit 24 Jahren da bin ich zum ersten Mal auf Montage gefahren und vorher habe ich einmal ein zwei Bier getrunken aber...das war...war nicht die große Masse...aber dann auf Montage 'Mensch trinke einen mit!' und dann wurde man vom Betrieb abgestellt da hatten wir...Frühstück in der Gaststätte bekommen Mittagessen in der Gaststätte und da hat sich das so hingezogen; und da habe ich eigentlich immer in der Regel zum Feierabend drei Flaschen Bier getrunken.“ (ebd., 1)

Von diesem Lebensabschnitt springt er zu einer Zeit, in der er bereits verheiratet war. Dort hatte er Probleme mit der Schwiegermutter, was er durch erhöhten Alkoholkonsum zu bewältigen versuchte:

„...und dann habe ich meine Frau kennen gelernt...und die Schwiegermutter hatte sich dann...so so...in jede Sache eingemischt na ja dann waren es keine drei mehr dann waren es fünf und wenn sie sagte 'Mensch Junge trinke nicht!' dann war nicht einmal die eine Pulle alle da habe ich schon die nächste aufgemacht; nur dass ich mich selbst...habe das ist mir jetzt: bewusst...aber ich habe mir gedacht 'na ja Dir zeige ich es schon!' so ich setze mich schon durch!“ (ebd., 1)

Herr C. wurde also mit der Schwiegermutter nicht fertig, bzw. konnte die Konflikte mit ihr auf keine andere Weise lösen. Er wusste, dass sie es nicht mochte, wenn er trinkt, und so hatte er ein Mittel, ihr etwas entgegenzusetzen.

Aus heutiger Sicht denkt er, dass dies kein guter Weg war:

„...aber das war der falsche Weg; na ja und wie gesagt und das wurde dann...immer mehr immer mehr je mehr ich Stress hatte desto mehr habe ich getrunken...“(ebd., 1)

Jedoch blieb die Situation über mehrere Jahre derartig bestehen, und der Konsum an Alkohol hat sich gesteigert und fiel gelegentlich auch auf:

„...haben es mir eigentlich auch schon einmal ein paar Kollegen gesagt ‘Mensch hast Du heute wieder eine Fahne!’ aber das war eigentlich nicht so so in den Maßen dass ich jetzt getorkelt bin...ich bin eigentlich immer gerade gelaufen; und mit der Zeit waren es ja auch keine fünf Flaschen mehr da hat die Frau fünf gebracht und ich habe noch von unterwegs immer noch zehn mitgebracht...so und die habe ich ja auch versteckt in der Werkstatt oder in der Garage oder...und das hatte sich dann wirklich...auf...sechs sieben Jahre hingezogen.“(ebd., 1)

Herr C. war sich jedoch seiner Alkoholproblematik nicht bewusst, erst als er auf Grund von Rückenproblemen einen Arzt aufsuchte, änderte sich etwas:

„...bis ich einmal ganz starke Rückenschmerzen hatte, da bin ich dann zum Arzt gegangen...und na ja: das Zittern hatte ich schon wenn ich frühs aufgestanden bin die...die war ganz schlimm und ich habe mir immer gedacht weil ich ein Frühaufsteher war das war so die Wintermonate dass ich gefroren habe da hat mich auch noch nicht: einer so angesprochen deswegen ist mir das auch gar nicht so bewusst geworden bis der Arzt gesagt hat ‘Wir haben ein Problem!’ sage ich so ‘wieso?’ na ja Problem...‘wir...ich kann Ihnen aber dabei helfen wenn Sie nur wollen ein Problem mit dem Alkohol.’ und da habe ich gesagt ‘na ja dann sagen Sie doch gleich in bin Alkoholiker!’ dann hat er gesagt ‘das darf ich nicht sagen:’...‘aber als Sie das jetzt angesprochen haben:’ äh na ja und da hat er da angerufen und da habe ich eine ambulante Therapie in der Reha da gemacht...na ja die da bin ich dahin gefahren die hat mir dann ein Tonband ablaufen lassen hat gefragt ob das so in der Richtung so ist; ich sage ‘ja ja ist so.’ dann hat sie gesagt ‘passen Sie auf wenn Sie das: unterschreiben stehen Sie in der Pflicht:...dann bin ich jeden Morgen vierzehn Tage lang zu wie so einer Entgiftung so hineingefahren und musste mich aber jeden Tag an den Bus; ich durfte mit dem Auto nicht fahren weil der Arzt sagte die Tabletten sind...fahruntauglich...sollte ich mit dem Bus machen,

na ja und das habe ich dann gemacht und dann habe ich so sechs Wochen die ambulante Therapie gemacht; und das hat ja auch angehalten zehn zehn: Jahre lang war ich ja fast trocken...“ (ebd., 2)

Herr C. hatte also über Jahre in seinen Rauschzuständen gelebt, bis ein äußerer Impuls eingetreten ist, der ihn aus seiner Welt gerissen hat, in diesem Fall der Arzt, der ihn angesprochen hat. Sehr kurz und sachlich erzählt er über sein Leben bis in die Gegenwart. Jedoch wird diese Begegnung ausführlich geschildert. Dies ist ja tatsächlich eine Statuspassage, die sein Leben verändert hat. Er hat Hilfe bekommen und diese auch angenommen, er hat eine Therapie gemacht und war dann auch lange Zeit trocken.

Danach ist er in den Westen Deutschlands gegangen:

„...und da bin ich hier herüber gefahren da war ich auch noch trocken.“(ebd., 2)

Das nächste Schlüsselereignis ist ein Bandscheibenvorfall, der ihn an Silvester wieder zum Alkoholkonsum verleitet hat:

„...und dann hatte ich doch den Band- äh...Bandscheibenvorfall bekommen na ja und dann hatte ich mit den Schmerzen...und dann wollte ich wieder arbeiten gehen und dann habe ich keine Arbeit bekommen, dann lief immer alles schief; und das war Silvester vergesse ich nie wieder: da hat mich noch *Sonja gefragt ob ich mitkomme, ich habe gesagt `nein ich bleibe daheim.` und ich hatte aber schon Mittag: dachte ich Mensch! man müsste doch einmal einen Schluck Sekt trinken; aber...da und irgendwie habe ich es nachher gemacht:...aber ich hatte ja zwanzig Flaschen Sekt die habe ich ja jahrelang nicht angefasst,...und na ja: fröhs bin ich dann aufgestanden da war weiter nichts `ach da kannst Du auch ein Bier trinken gehen!` und dann hatte sich das hinausgezogen!...und es war auch nicht lange hat es dann ja jeder gemerkt...dann hatte ich von mir wieder das Zittern hier gehabt und eine Fahne und dann meinte er `trinkst Du wieder?` `nein nein das sind nur die Tropfen!` und und also immer so ein bisschen ich habe geglaubt er merkt es nicht; und dann habe ich wieder eine Entgiftung im ambulanten Entzug gemacht...“ (ebd., 2,3)

Schließlich macht er nach diesem Rückfall auch wieder eine ambulante Therapie und ist einen gewissen Zeitraum trocken. Jedoch schildert er diesen Rückfall ausführlich, wohingegen die Zeit bis zum nächsten Rückfall wieder sehr kurz und sachlich zusammengefasst wird:

„...dann hat es auch eine Weile wieder angezogen da bin ich auf das Arbeitsamt gegangen arbeitssuchend und da war dann nachher alles ein bisschen zu dumm und zu blöd und dann habe ich wieder voll angefangen...und wie gesagt das war...wenn man keine Arbeit hat da ist man sich so nutzlos vorgekommen und da war mir auch scheißegal und dadurch habe ich mich auch verschuldet...“(ebd., 3)

Diesmal kommt er mit der Arbeitslosigkeit nicht zurecht und fühlt sich wertlos und fängt schließlich wieder mit dem Trinken an. Vermutlich sind ihm die vergeblichen Ämtergänge nach einiger Zeit zuviel, und er betrachtet seine Lage als sinnlos und greift wieder zur Flasche.

Er macht schließlich eine längere Therapie und wechselt danach in eine betreute Wohngemeinschaft der Therapieeinrichtung.

Von seinem Standpunkt aus zum Zeitpunkt des Interviews ist er einerseits froh, dass er durch den Alkoholismus keine größeren Einbußen der Gedächtnisleistung davongetragen hat und vergleicht sich dabei mit manchen anderen, die er während der Therapie kennen gelernt hat. Dort ist ihm bewusst geworden, wie gravierend die Schäden durch den Alkoholismus sein können. (vgl. ebd., 3)

Ferner betont er, dass er den richtigen Weg gegangen sei:

„...und ich hoffe ja auch dass ich jetzt trocken bleibe jetzt habe ich es ja zweieinhalb Jahre geschafft 2004 bin ich nach *Würzburg gekommen und hier in der WG werde ich unterstützt und ich nehme an ich habe auch den richtigen Weg eingeschlagen und nicht gleich den draußen, das wäre nämlich die ersten Monate vor den Baum gelaufen, kein Geld hierher gekommen und da wäre es wahrscheinlich wieder so passiert wie es passieren sollte!...und ich nehme an ich habe auch den richtigen Weg eingeschlagen; wie gesagt bürgen: kann ich nicht dafür dass ich trocken bleibe aber ich hoffe und bete jeden Abend dass ich den Tag überlebe!“ (ebd., 3)

Herr C. ist sich der Gefahren eines Rückfalls sehr bewusst und wirkt fast schon etwas ängstlich und unsicher. Er nimmt die Hilfe gerne in Anspruch.

Die Frage nach den Beeinträchtigungen versteht er zunächst falsch, jedoch beschreibt er dann etwas kompliziert, dass er bestimmte Dinge nicht eingesehen oder vergessen hat – dies aber nicht zugegeben, ja sogar abgestritten hatte, als er noch trank:

„...aber in der letzten Zeit in der ich noch getrunken habe wenn einer gesagt hat 'ich habe es Dir doch gesagt wir wollten das doch machen!' 'nein, hast Du mir nicht gesagt!'...und das waren die Schäden; und ich war immer in der Annahme dass er es mir nicht: gesagt hat; heute: weiß ich dass es so ist...aber vor Jahren hätte ich es noch abgestritten.“ (ebd., 4)

Er betont immer wieder seine Dankbarkeit, dass er diese Unterstützung bekommen hat:

„...und wie gesagt wer weiß ob ich das auch durchgezogen hätte alleine: wenn ich nicht die Unterstützung gehabt hätte!“ (ebd., 4)

Durch die Therapie hat sich bei ihm wieder ein besseres Lebensgefühl eingestellt. Er sagt, das zentrale Lebensgefühl während seiner Trinkzeit sei ein sehr starkes „Egal-Gefühl“ gewesen:

„...aber ich sehe irgendwie die Welt auch anders: als ich noch getrunken habe war mir alles scheißegal, alle waren schlecht nur ich war eben der Arme...“ (ebd., 5)

Außerdem war früher sein Erleben von Schuldzuschreibungen geprägt, und er war das Opfer sowie der „Sünder“. (vgl. ebd., 5)

Das „Egal-Gefühl“ äußerte sich z.B. in der Vernachlässigung der Post:

„äh weil ich dann auch keinen Überblick mehr hatte; die Post aus dem Briefkasten genommen und stapeln lassen...“ (ebd., 7)

Ferner ist er selbstbewusster geworden. Er untermauert diese Behauptung mit einem Beispiel:

„...ich vertrete auch heute meine Meinung!...wie als wir jetzt die großen Möbel; das habe ich mit dem Rücken nicht;...das hätte ich vor zwei Jahren nicht gemacht da hätte ich mich

wahrscheinlich drangekniet und ja wie gesagt `da musst du den *Herbert noch rufen!´ ...allein packe ist das nicht!...und das sind solche Werte die ich vor zwei Jahren nicht gemacht hätte!...hätte wahrscheinlich so lange gemacht bis ich daneben gelegen hätte!“ (ebd., 5)

Im Vergleich zu diesem neuen Selbstvertrauen hat er früher seine Grenzen überschritten und sich übernommen. An einer anderen Stelle spricht er auch von Minderwertigkeitsgefühlen:

„...ich hatte auch Minderwertigkeitskomplexe als ich etwas getrunken hatte na ja da war ich dann ein bisschen offener; so schüchtern: ja bin ich ja heute auch noch ruhig und so...aber heute sage ich schon meine Meinung.“ (ebd., 4)

Außerdem hat er jetzt im Vergleich zu seiner Trinkzeit wieder mehr Interesse am Weltgeschehen und an geschichtlichen Ereignissen:

„...und ich bin auch jetzt ja auch wie die Nachrichten und so Geschichte und interessiert mich ja jetzt; schalte ich am meisten N24 oder...die Sendungen schaue ich am meisten an...die Filme sind ja immer dieselben!...aber die Berichte habe ich früher auch nicht gemacht, da habe ich mein Bier gesehen oder bin in die Gaststätte gegangen, den größten Teil habe ich auch viel zu Hause alleine getrunken dass es auch bloß keiner so mitbekommt!“ (ebd., 5)

Die Trinkzeit war von einer gewissen Stumpfsinnigkeit geprägt, sowie von Kahlheit und Eintönigkeit, aber auch von verdecktem Dasein, das eventuell auch durch Scham oder Schuldigkeit geprägt war, weil niemand das wirkliche Ausmaß des Konsums entdecken sollte. Allerdings war die Selbsteinschätzung beeinträchtigt, da die Angehörigen sehr wohl merkten, dass etwas nicht stimmte. Auch wurde versteckter Alkohol entdeckt:

„...die haben es ja mitbekommen die haben es mir ja auch gesagt, die ganze Familie hat es ja mitbekommen wo ich immer gedacht habe die haben es nicht: mitbekommen...ich habe das Bier ja auch versteckt und...`wo Du das Bier überall versteckt hast auf solche Ideen muss einer erst einmal kommen!´...die meinten `typisch Alkoholiker!´...“

Herr C. wollte also seinen übermäßigen Konsum verstecken, aber dies gelang ihm nicht, wenngleich er dachte, niemand würde sein Problem erkannt haben. Ebenso war dies auf der

Arbeit, wie es weiter oben beschrieben worden war, dort kommentierte er sein morgendliches Zittern als ein Frieren.(vgl. ebd., 2)

In Zusammenhang mit der Selbsthilfegruppe, die ihm jetzt viel Halt gibt, erzählt er nochmals über seine Minderwertigkeitsgefühle:

„...dass man einmal zur Selbsthilfegruppe; aber durch die Arbeit als ich immer in München war `oh der Ossi!` und so da hat man dann auch schon ein bisschen Hemmungen gehabt...na ja ich bin ja aus dem Osten da werde ich ja schief angeschaut und da habe ich mich das auch nicht getraut...so eine Gruppe aufzusuchen!...und das war wahrscheinlich auch mein Fehler!...vielleicht wäre ich auch heute noch trocken gewesen: wäre der Rückfall nicht gekommen aber wie gesagt man erfährt ja auch in der Selbsthilfegruppe immer immer etwas Neues...man erzählt ja dann auch einmal seine Probleme wie es einem auch wirklich auf der Arbeit geht, dann hört man einmal zu!...und dann verzweigt man sich wie es war und das hat mir wahrscheinlich auch gefehlt...“(ebd., 6)

Hier wird einerseits sein geringer Selbstwert deutlich, der durch den Umzug vom Osten in den Westen verstärkt wurde. Auch klingt hier eine gewisse Einsamkeit an, da er sich wohl stark zurückgezogen hat, unter anderem und wegen seines Gedankens, dass er als „Ossi“ abgestempelt werden würde und weniger wert sei.

Für die Zukunft plant Herr C., zunächst in der Einrichtung zu bleiben, seine Schulden abzubauen, den Kontakt zu einem Arbeitskollegen und zu Personen zu pflegen, die seine Alkoholproblematik verstehen und jene zu meiden, die ihn zum Trinken verleiten wollen:

„...ja ich will jetzt erst einmal alles in Ruhe meine Schulden abbezahlen und so lange ich jetzt erst einmal hier übernommen werde und dann schön langsam Schritt für Schritt und nicht jetzt `ich will das ich muss das haben!`...schön langsam; und dann überlegen kann ich mir das leisten dass ich mich nicht wieder verschulde und...ich meine ich ergänze mich immer mit *Herbert wir waren ja auch zusammen in *Würzburg wir sind ja öfter einmal das Wochenende zusammen so und da unterhalten wir uns natürlich auch einmal darüber und das bringt auch schon viel!...wissen Sie wenn ich mich jetzt mit einem Fremden darüber unterhalte der das Problem nicht versteht weil manche sagen `Mensch ein Bier kannst Du doch trinken!`...und mit solchen Leuten...soll man einmal keinen Kontakt haben: das ist eben

meine Meinung jetzt wenn Sie jetzt schon so anfangen; aber wenn welche das verstehen da fühlst Du Dich dann auch hingezogen oder auch offener!...als wenn einer so `na komm hier eines trinken!' und so und das ist schon eine Gefahr!...und wenn man dann schwach ist kann es passieren dass man wieder rückfällig wird und solche Leute will ich versuchen zu vermeiden; ich meine ich werde jeden Tag mit dem Alkohol konfrontiert, gehe ich in den Laden hinein oder gehe doch einmal etwas Warmes essen in der Gaststätte da wird man konfrontiert da sieht man es aber das heißt aber nicht dass Du es trinken musst...“ (ebd., 7)

Ferner wünscht er sich ein ganz normales Leben:

„...dass wenn ich mir dann alles so vorgenommen habe vielleicht dann später auch einmal eine Lebensgefährtin...aber das muss alles erst einmal schön in Ruhe; ich möchte dann auch dann einmal wieder ein Auto haben und wieder einmal in den Urlaub fahren.“(ebd., 7)

Die Fremdsicht:

Der Therapeut nennt als zentrale Ursache für seine Sucht einmal seine Ehe, die gescheitert ist, das sichere Umfeld, das er auf einmal verloren hat, verbunden mit dem Umzug in den kapitalistischen Westen, dessen Anforderungen er nicht gewachsen war:

„...durch die Ehe überhaupt wo er einen großen Einbruch gehabt hat wo er einfach mit der Ehe gar nicht klargekommen ist; und nach der Wende: er ist so ein typisches Wendeopfer in meinen Augen auch,...ja dem zwar das Geld dann gereicht hat aber durch die intensive Arbeit und und den den Leistungsdruck: dem hat er einfach nicht richtig standgehalten auch; er hat eine kleine Familie gehabt in der er sich aufgehoben gefühlt hat in der er seine Bekannten und seine Geschäfte hat machen können und das hat er mit einem Schlag alles verloren; und mittlerweile herrschen ja in der DDR noch schlimmere Zustände als bei uns also der Kapitalismus hat da richtig durchgeschlagen und damit ist er einfach nicht klargekommen!...er ist überzeugter Kommunist in seinem Herzen!“(Therapeuteninterview C, 1)

Somit decken sich die Interpretationen, Herr C. war also mit der sozialen Marktwirtschaft überfordert. Er war jahrelang die kommunistische Planwirtschaft gewohnt. Dies hat sein ohnehin geschwächtes Selbstwertgefühl durch den Heimatverlust nochmals verstärkt und zu

Rückzugstendenzen geführt. Er hatte wohl viel Angst und hat es nicht geschafft, im Westen Kontakte aufzubauen:

„...also was am Auffälligsten ist bei ihm halt seine starke Rückzugstendenz!...dass er sich massiv halt sozial isoliert hat...“ (ebd., 1)

Dieser Umstand wurde durch die Arbeitslosigkeit verstärkt:

„...und für ihn ist es ja durch die Arbeitslosigkeit bedingt dadurch dass er...ja: irgendwie keinen Sinn mehr in seinem Leben gesehen hat dadurch hat er verstärkt dann getrunken und dadurch ist der Teufelskreis so richtig in Gang gekommen, und die Vereinsamung auch einfach immer größer geworden.“(ebd., 1)

Herr C. berichtet zwar davon, wieviel Wert er jetzt auf Kontakt lege, aber in seiner Geschichte kommt die Vereinsamung nur indirekt heraus. So wird also nochmals das innere Leid des Herrn C. deutlicher. Die Frage ist hier wieder, ob er dies auf Grund von Ausdrucksschwierigkeiten nicht erwähnte, oder ob ihm die Fähigkeit fehlt, Emotionen zu beschreiben, oder ob es ihm etwa einfach nicht bewusst ist, dass die Einsamkeit ein starkes Problem in seiner Biographie darstellte. Natürlich könnte man sein Erzählen auch als Abwehr interpretieren. Eine weitere Annahme ist, dass er die Einsamkeit auf Grund seines Trinkens wohl nicht mehr so sehr wahrgenommen hat. Und die Einsamkeit ist ja gleichzeitig auch eine Ursache des Trinkens.

Die Veränderungen durch die Therapie beschreibt der Therapeut folgendermaßen:

„...ja offener: er ist wesentlich offener geworden, aufgeschlossener, er kann aktiv: ja oder nein sagen jetzt wenn er, vor allem nein sagen, das konnte er vorher ja überhaupt nicht er hat alles mitgetragen und akzeptiert und er kann auf Leute aktiv zugehen das gefällt mir auch ganz gut; er kann wirklich einen Kontakt anbahnen von sich aus also was er vorher überhaupt nicht gekonnt hat.“

Und dieser Unterschied wird auch wirklich in den Erzählungen des Herrn C. deutlich. Während es in vielen Passagen um Arbeitslosigkeit und um Probleme ging, so berichtet er

doch in Bezug auf die nähere Vergangenheit verstärkt von Kontakten, z.B. von jenen, die über die Selbsthilfegruppe entstanden sind.

Ferner hat er einerseits mehr Selbstvertrauen, seine Grenzen mitzuteilen, und auf der anderen Seite kann er akzeptieren, dass er nicht mehr so leistungsfähig ist wie ein Jüngerer:

„...dass er im Prinzip auch einsieht dass er körperlich eben nicht: mehr so leistungsfähig vielleicht ist wie er früher einmal war, ja er hat immer gedacht; er ist jetzt knapp fünfzig; und er hat scherzhafterweise immer gesagt dass er das Leistungsvermögen eines Fünfundzwanzigjährigen hat und jetzt kann er mehr: akzeptieren dass er viele körperliche Beschwerden hat und kann dem auch Rechnung tragen, das ist ein riesen Schritt für ihn...“(ebd., 2)

Diesen Sachverhalt hat Herr C. in seinen Erzählungen so nicht ausdrücken können. Seine Einsicht in die Leistungsfähigkeit hat er mit einem Beispiel geschmückt, und jetzt wird auch klar, warum er vehement seine Medikamente nimmt. (vgl. Interview C, 4)

Auch geht der Therapeut davon aus, dass er sich besser wahrnimmt und seine Gefühle besser akzeptieren kann. (vgl. Therapeuteninterview C, 2)

Die Zukunft sieht der Therapeut ähnlich wie Herr C. selbst, er wird wohl die nächste Zeit in der Wohngemeinschaft verbringen:

„...also ich glaube eher dass er länger unten in der WG bleiben wird weil ihm das im Haus ganz gut gefällt jetzt mit seinen neuen Wohnkollegen mit denen er unten zusammenwohnt und ich kann mir vorstellen dass er sich da ganz gut einrichten kann mit; dass der Gedanke so mit Wohnung also in seinem Kopf immer wieder ist aber wie ich ihn so kenne vom Rehanzentrum von der Entwicklung so her braucht er oft recht lange bis er dann wirklich daran etwas ändert oder auch ändern will; also er richtet sich ganz gerne ein und genießt die Sicherheit das ist ihm ganz wichtig; er kennt uns jetzt relativ gut und die Kollegen miteinander in der WG, akzeptiert er auch, sagt er auch immer wieder, freut sich auch über jeden Kontakt den wir ihm anbieten und das nutzt er ganz intensiv und ich glaube dort bleibt er auch.“(ebd., 3)

An diesem Zitat wird auch noch einmal die Wertschätzung des Kontaktes sichtbar.

Zusammenfassung:

Insgesamt beschreibt die Geschichte von Herrn C. einen Veränderungsprozess. Zunächst war sein Leben geprägt von Kontaktvermeidung, Rückzug, Konfliktscheue. Unsicherheit und ein geringes Selbstwertgefühl, das durch den Alkoholismus verstärkt wurde, haben zu einem Sinnlosigkeitsgefühl geführt, das von einer ‚Egal-Stimmung‘ geprägt war und zu einer Vernachlässigung auf allen Ebenen geführt hat.

Zusätzlich war Herr C. durch den Umzug in den Westen überfordert, seine Heimat und das vertraute kommunistische System sind einfach weggebrochen. Auch seine Fähigkeit, sich sprachlich mit seinem ostdeutschen Dialekt auszudrücken, hat es für ihn nochmals schwerer gemacht. Dabei kann man in vielen Passagen immer wieder ein ‚Versteckenwollen der Sucht‘ entdecken, hinter dem eine tiefe Scham sitzt, vor allem, weil die Alkoholabhängigkeit doch immer offensichtlicher wurde.

Jedoch ist Herr C. vor allem an seiner letzten Therapie sehr stark gewachsen, er verspürt wieder Lebenssinn, legt Wert auf Kontakte und hat Ziele. Außerdem ist er wesentlich selbstbewusster als zu Trinkzeiten.

Interpretation Person D

Soziodemographische Daten:

Frau D. ist 55 Jahre alt. Sie hat eine Schwester, beide Eltern sind tot. Aus ihrer zweiten Ehe hat sie 3 Kinder. Frau D. macht seit 5 Jahren eine stationäre Soziotherapie.

Frau D. fasst ihre Kindheit und Jugend sehr kurz zusammen: „...aufgewachsen bin ich na ja so eine Art Vorort weil wir jedes Jahr umgezogen sind weil also mein Vater durch seinen Beruf der musste jedes Jahr woanders hin und da mussten wir dann auch die Schule jedes Jahr wechseln und dadurch hatte ich mich also dadurch tat ich mir schwer mitzukommen in der Schule...“ (Interview D, 1)

Frau D. hatte durch die ständigen Umzüge und Schulwechsel Probleme, mit dem Stoff mitzukommen. Später erzählt sie, dass sie während ihrer Kindheit und Jugendzeit von ihrem Vater missbraucht wurde, doch zunächst springt sie zeitlich in die Phase ihrer ersten Ehe. „...na ja erst später dann also mit einundzwanzig habe...geheiratet, aus der ersten Ehe da gehen keine Kinder hervor ich war ja dann sieben Jahre verheiratet war auch: Alkoholiker und durch ihn habe ich auch damals mit angefangen mit dem Trinken, so begann dann meine Trinkzeit; na ja und dann ich war sieben Jahre verheiratet wir hatten gute Zeiten und auch nicht so gute Zeiten wie das halt so ist in Ehen und dann hatte ich mich scheiden lassen von ihm...“ (ebd., 1)

Auffallend ist die geringe emotionale Beteiligung, mit der sie über die Heirat, den Einstieg in den Alkoholismus und das Scheitern der Ehe erzählt. Was genau vorgefallen ist und wie es zur Scheidung kam, wird nicht erzählt. Vermutlich hat das Erleben im Rauschzustand zu einer gewissen emotionalen Nivellierung, Abstumpfung oder Gleichgültigkeit geführt. Dabei wird dem Alkoholismus des Mannes, von dem sie sich nicht abgrenzen konnte, die Schuld gegeben für den eigenen Konsum. Sie erfährt auch hier symbolisch eine Grenzüberschreitung durch den Alkohol und ihren Mann, in dem sie etwas ertragen muss oder mitmacht, was sie gar nicht will, um vielleicht den letzten Halt, den sie von ihm durch die Beziehung bekommt, aufrecht zu erhalten.

Frau D. ist dann zwei Jahre alleine, anschließend heiratet sie erneut: „...und dann war ich zwei Jahre nicht ganz zwei Jahre alleine, dann habe ich das zweite Mal geheiratet und aus dieser also Ehe gingen drei Kinder hervor, aber er war halt auch Alkoholiker und durch das bin ich immer dann tiefer hineingekommen in den Alkohol und ich bin auch nicht mehr herausgekommen...“ (ebd., 1)

Auch hier fallen wieder die geringe emotionale Beteiligung und dasselbe Beziehungsmuster wie in der ersten Ehe auf. Sie kann sich nicht vom Alkoholismus des Mannes abgrenzen und trinkt mit. Sehr sachlich erwähnt sie, dass aus der Ehe drei Kinder hervorgingen.

Sie erwähnt dann ein Jahr, in dem sie es geschafft hat, nichts zu trinken, ihre Schwester hatte Einfluss auf sie nehmen können: „...gut es war einmal ein Jahr dabei in dem ich trocken war weil ich zu mir selbst gesagt habe `*Bettina jetzt ist Schluss!` weil meine Schwester mich ein paar Mal also mit mir gesprochen hat `*Bettina so kannst Du nicht weitermachen!` und dann habe ich gesagt `gut *Gerlinde ich versuche es!` und ich habe: es versucht...nach einem Jahr habe ich dann halt wieder angefangen...“ (ebd., 1)

Wiederholt betrachtet sie die Heirat von Alkoholikern als Ursache und Schicksal dafür, dass sie nicht aufhören konnte: „...ja ich war einfach nur mit Alkoholikern verheiratet, durch das habe ich mir schwer getan dass ich halt auch herauskomme, ich wollte: immer aufhören aber ich konnte es einfach nicht...“ (ebd., 1) Etwas in ihr war stärker, eine Macht, die sie aber doch auch in den Strukturen, im Beziehungsgeflecht, gelassen hat.

Auch an einer weiteren Stelle sucht sie die Schuld für ihren Alkoholismus bei ihren beiden Männern: „...zu meinem Alkoholismus ich sage ja da bin ich durch alle meine Ehemänner da hineingeraten weil mein erster war Alkoholiker mein zweiter Mann war dann auch Alkoholiker und ich sage ja ich konnte es dann einfach auch nicht mehr lassen ich bin dann immer tiefer hineingeraten...“ (ebd., 6)

Ein sehr schlimmes Erlebnis, das sie aus den wohl monotonen täglichen Rauschzuständen aufwachen ließ, war ihr Oberschenkelhalsbruch, mit dem sie zwei Tage in ihrem Bett lag. Diesem negativen Ereignis wird eine größere Bedeutung im Vergleich zu den anderen biographischen Ereignissen beigemessen. Sie liegt ‚gebrochen‘ im Bett, muss leiden und

keiner kümmert sich um sie. „...da habe ich doch...Oberschenkelhalsbruch gehabt da bin ich bei uns auf dem Hof ausgerutscht nachts und hingefallen und dann hat mich mein Mann damals zwei Tage liegen lassen zu Hause das war halt für mich auch eine harte Zeit, ich habe auf Deutsch gesagt na ja ich wusste es nicht auszuhalten, bis mich meine Schwester besucht hat weil ich konnte dann weder ans Telefon noch sonst wohin; da sagte sie `ja *Bettina was ist denn bei Dir los? hier schaut es aus: das kenne ich nicht!` und `du bist doch sonst immer so sauber gewesen!` dann sage ich `ja *Gerlinde ich ich liege seit zwei Tagen hier!` habe ich gesagt ich komme nicht aus dem Bett heraus; sagte sie `ja was ist denn passiert?` dann sage ich `ja ich bin im Hof draußen umgefallen! ich bin zwar noch ins Haus hineingekommen und ins Bett aber weiter nicht mehr!` und dann war ich da die zwei Tage drinnen gelegen; und die hat halt dann den Krankenwagen angerufen und die haben mich geholt und der hat mich dann auch schon gefragt `ja sagen Sie einmal wie lange liegen denn Sie schon hier?` dann sage ich `ja zwei Tage!` - - und das hat mich halt damals auch heftig mitgenommen weil sich da keiner um mich gekümmert hat weder meine Kinder noch mein Mann...das heißt wenn damals meine Schwester nicht gekommen wäre ich weiß nicht wie lange ich noch gelegen wäre.“ (ebd., 2)

Die Frage liegt nahe, was da wohl vor sich gegangen sein muss, damit sich niemand um sie gekümmert hat. Kaum vorzustellen. Es erweckt Mitleid und sie stellt sich mit ihrem schlimmen Lebensschicksal dar. Da hat man ja trinken müssen. Eine Rechtfertigung ihr selbst gegenüber?

Als positiv bewertet sie, dass durch dieses Ereignis der Kontakt zur Schwester wieder besser wurde, was bis heute anhält. Jedoch erwähnt sie, dass ihre beiden Söhne keinen Kontakt mehr zu ihr haben wollen, nur die Tochter meldet sich gelegentlich telefonisch: „...und seitdem habe ich einen guten Kontakt zu meiner Schwester das ist die einzige Person mit der ich noch einen guten Kontakt habe; auch zu meiner Tochter zur Zeit wieder ein bisschen die ruft ab und zu einmal an da war auch lange der Kontakt abgerissen, zu meinen Söhnen habe ich überhaupt keinen Kontakt mehr die wollen auch von mir nichts mehr wissen. sagen wir einmal es ist für mich hart: und ich denke auch viel darüber nach...“ (ebd., 2)

Sie bewertet den mageren Kontakt als ‚hart‘. Das klingt auch mehr nach Strafe, nach etwas, das sie akzeptieren muss, aber nicht akzeptieren kann, weil sie viel darüber nachdenkt.

Dann erzählt sie vom Missbrauch aus der Kindheit: „...ja und halt damals das Problem mit meinem Vater das ich auch erzählt habe dass er mich als Kind missbraucht hat das war natürlich auch hart meiner Mutter konnte ich es nicht erzählen und das habe ich dann halt jahrelang mit mir herumgezogen: ich sage ja der ist dauernd noch gekommen da war ich schon verheiratet wäre er noch gekommen, und dann habe ich ihn hinausgeschmissen: habe ihm gesagt 'lass' mich in Ruhe!' das waren halt damals lauter so Dinge die ich dann durch den Alkohol wollte ich das alles unterdrücken, ich wollte davon nichts mehr wissen! ich sage ja es war halt eine schlimme Zeit, und die würde ich jetzt auch nicht mehr mitmachen.“ (ebd., 2)

Frau D. hat eine schwere Missbrauchserfahrung gemacht. Auch hier verwendet sie wieder die Phrase „es war natürlich hart“ und „es war halt eine schlimme Zeit“. Jedoch fügt sie hinzu, dass sie das „jetzt nicht mehr mitmachen“ würde. Aus heutiger Sicht würde sie sich also wehren oder es nicht verheimlichen und versuchen, diesen Situationen zu entkommen. Doch ist die Frage, wie realistisch das ist, denn sie war ja damals ein Kind, und so gesehen ist das vielleicht einfach ein Wunsch.

Jedoch beschreibt sie das Verhältnis zu ihrem Vater ansonsten als gut, solange in den späteren Jahren der körperliche Abstand gewahrt wurde: „...also zu meinem Vater da wollte ich immer Abstand haben das geht natürlich kaputt das Verhältnis wir haben uns zwar so gut verstanden aber wenn es Probleme gab; ich bin einmal zu meinem Vater gegangen oder wenn einmal selbst Probleme da waren er hat mir immer geholfen bloß so halt körperlich: habe ich Abstand von ihm genommen, ich habe mich auch von ihm nicht mehr küssen lassen wollen was er öfter einmal gemacht hat...“(ebd., 3)

Einen schweren Verlust stellt der Tod der Mutter dar, mit der sie ein gutes Verhältnis hatte, was vermutlich auch wieder zu einem erhöhten Alkoholkonsum geführt hat: „...ich war das erste halbe Jahr ich habe sie halt einfach total vermisst weil ich sage ja es ist kein Tag vergangen an dem ich meine Mutter nicht besucht habe...wir haben ein gutes Verhältnis gehabt!...und das hat mir dann halt auch gefehlt als meine Mutter eben nicht mehr da war!“ (ebd., 3)

Sie konnte mit ihrer Mutter über alles reden, aber das Schlimmste, das ihr widerfahren ist, nämlich der Missbrauch, konnte sie nicht ansprechen. Vermutlich hat sie da auch den Alkohol

gebraucht, um in den Gesprächen mit ihr eben genau das nicht anzusprechen, um es zu unterdrücken:

„...na ja ich habe halt nie mit meiner Mutter darüber gesprochen ich konnte einfach nicht darüber reden mit ihr, ich wollte ihr nicht weh tun und wollte auch meine Eltern nicht verlieren...“

Um nicht den Halt eines Menschen zu verlieren, hat sie sehr viel Leid mit sich herumgetragen.

Es gab wohl zwei Personen, mit denen sie darüber gesprochen hat. Zum einen war es die Schwester, der das gleiche Schicksal widerfahren ist: „...ich habe zwar mit meiner Schwester oft darüber gesprochen weil ihr also das gleiche passiert ist also mit ihr hat er es ja auch gemacht! mit ihr habe ich öfter darüber gesprochen; und irgendwann ist das dann einmal das Thema aus aus, wir haben dann `schau *Gerlinde darüber reden wir nicht mehr!`...wir wollten auch gar nicht mehr darüber reden.“ (ebd., 4)

Die zweite Person war ihr erster Mann: „...dann später habe ich es ihm einmal erzählt da waren wir dann fast schon ein Jahr verheiratet, und da wollte er sogar zu ihm hin und wollte ihn noch darauf ansprechen, sage ich `lass` das Thema das ist schon ewig lange her!`...`vergiss` das!` ja er hat es dann nicht gemacht.“ (ebd., 4)

Frau D. ärgert sich heute, dass sie das Trinken nicht lassen konnte und vermutet Kummer als Ursache, aber sie ist sich nicht sicher: „...ich sage ja es war halt nur die scheiß Sauferei: das war das Problem bei mir, ich konnte es einfach nicht lassen; ich sage ja meine Schwester die hat oft mit mir geschimpft die hat gesagt `*Bettina hör` halt auf!` ich sage `*Gerlinde Du redest schön ich kann: es nicht:` und ich sage ja ich habe es versucht und war trocken und fange wieder: an - - ich denke mir oft `was solls?` vielleicht war es der Kummer wieder...ich weiß es nicht.“(ebd., 5)

Sie erzählt, wie sich ihre eigenen Kinder, ihre Söhne vor ihr versteckt haben und nicht mit ihr reden wollten: „...aber meine Söhn-; ich sage ja als ich im Urlaub war meine Söhne haben sich vor mir versteckt, ich war draußen wo sie wohnen; als ich bei meiner Schwester da war; also meine Tochter war dann wie ich im Urlaub war bei meiner Schwester war meine Tochter mit also bei meiner Schwester und die haben wir dann zurückgefahren und dann bin ich wieder hingefahren zu meiner...die haben sich mitziehen lassen sage ich `sind *Otto und

*Thomas da?' 'Mama die sind drinnen!' aber die wollen mit Dir nicht reden!...sage ich was hätte ich denn machen sollen? Ich bin zwar kurz rauf ins Haus und habe die Enkelchen gedrückt und habe seiner Schwiegermutter Grüß Gott gesagt und dann bin ich wieder gegangen! und die anderen haben sich dabei versteckt gehabt.“ (ebd., 5)

Sie bewertet diese Zeit wieder als hart: „...ich sage ja für mich ist es hart weil es fällt mir schwer, ich denke auch oft darüber nach wenn ich in meinem Zimmer sitze dann denke ich 'ach warum musste das alles so sein?'...es war eine harte Zeit; und es ist auch jetzt noch eine harte Zeit für mich weil ich viel darüber nachdenke...“ (ebd., 5)

Jedoch erwähnt sie nicht, wie sie sich im betrunkenen Zustand verhalten hat, was zur Ablehnung durch die Kinder beigetragen hatte. Ist es ihr nicht bewusst oder blendet sie diese Passagen absichtlich aus? Oder sind es gerade die besonders ‚harten‘ Ereignisse, die sie trotz ihres ständigen Berauschtseins wirklich emotional wahrgenommen hat und deswegen hier erzählt? Erlebt sie ihre Vergangenheit aus einer Zusammensetzung von dramatischen Geschehnissen, die alle sehr ‚hart‘ waren?

Ohne Zweifel sind die Missbrauchserfahrungen sehr schlimme und traumatische Erlebnisse, die das Leben prägen. Nur sind ihre Darstellungen aus der Opferperspektive auch etwas einseitig. Was genau hat dazu geführt, dass ihre Söhne sie derart ablehnen?

Einen Hinweis bekommt man durch folgende Ausführung: „...ich bin auch eine gewisse Zeit lang runtergekommen es war mir alles scheißegal, ich habe in der Wohnung nicht mehr viel gemacht, ich selbst bin oft herumgelaufen den halben Tag im Schlafanzug also weil ich zu allem zu bequem war etwas zu machen, Hauptsache mein Bier war dagestanden: das war mir damals alles wichtiger als ich mir selbst!“ (ebd., 6)

Sie hat also alles vernachlässigt, sich selbst und ihre Umgebung, den Haushalt. Eventuell hat sie sich in diesen Phasen auch um die Kinder nicht ausreichend gekümmert. Sehr wahrscheinlich sind jedoch Konflikte durch ihre Verwahrlosung entstanden, davon berichtet sie wiederum nichts.

Hinweise, dass es Auseinandersetzungen mit den Familienmitgliedern gegeben hat, gibt folgende Passage: „...so früher war mir das halt alles egal 'ach Scheiß lass' es doch liegen!’

und heute ja bei mir im Zimmer da wenn etwas herumliegt das muss ich gleich aufräumen, das war früher alles nicht mehr da habe ich es halt einfach liegen lassen, weil mir das egal war, als es dann halt wirklich nicht mehr gegangen ist da habe ich dann halt meine Wäsche gebügelt da waren drei vier Körbe dagestanden mit Bügelwäsche also weil das Trinken einfach wichtiger war...und bis ich dann meinen Rappel bekommen habe und das dann wieder gebügelt habe; sage ich `nein so kann es nicht weitergehen das wird ja immer mehr!`...aber ich sage ja immer die Bierflasche daneben ob es jetzt beim Putzen war oder im Bett war oder beim Fernsehen ich habe immer überall die Flasche dabei gehabt...und das war das Thema bei mir.“ (ebd., 8)

Allerdings weist Sie auch darauf hin, dass sie immer wieder mit sich gerungen hat, ob sie nun aufhören soll oder nicht. Sie befand sich also immer wieder in ambivalenten Phasen, die jedoch zu Gunsten des Weitertrinkens entschieden worden sind. „...oft gedacht `warum säufst Du eigentlich? muss das sein?`...“(ebd., 6)

Wie stark ihre Sucht war, gibt folgende Passage wieder: „...dann bist Du halt nicht mehr herausgekommen, so war es halt bei mir...aus dem eins sind dann halt zwei und dann drei und dann mehr geworden...sogar nachts habe ich dann noch aufstehen müssen und einen Schluck trinken müssen wenn ich wach geworden bin...ja: wenn ich oft wach geworden bin; ich habe auch immer ein Bier neben dem Bett stehen gehabt also ich konnte ohne das sage ich einmal nicht mehr sein...ja weil ich so aufgewacht bin also keine Kontrolle mehr über die Hände gehabt, das wars: ich sage ja ich habe auch oft in der Früh‘ wenn ich dann Kaffee getrunken habe die Tasse mit zwei Händen festhalten müssen weil es so gar nicht gegangen wäre!...ja: also die Kontrolle meiner Hände war weg; also ich habe dann zwei drei Bier getrunken und dann bin ich ruhiger geworden, das war das dann, also es war schon schlimm also ich bin auch oft wie auf Eiern gegangen auf Deutsch gesagt als ob da Gummi drinnen wäre: also ich möchte diese Zeit nicht mehr mitmachen...“ (ebd., 8)

Zuletzt muss es wohl sehr abwärts mit ihr gegangen sein, weil sie mehrere Jahre in einer geschlossenen Einrichtung verbracht hatte, bevor sie eine Langzeittherapie begonnen hat: „...ich war also fünf Jahre in der Geschlossenen in *Weiden und dann haben sie mich in die Offene verlegt da war ich dann noch eineinhalb Jahre, und von da aus bin ich dann direkt hierher, und jetzt bin ich ja schon fünfeinhalb Jahre hier: (Frau D lacht), aber ich habe mich langsam daran gewöhnt und langsam macht es auch Spaß...“(ebd., 6)

Zum ersten Mal verwendet sie das Wort *Spaß*, anscheinend hat sie während dieser Therapie etwas erlebt oder bekommen, was sie in ihrem Leben so noch nie hatte. Jedoch berichtet sie nichts über die genaueren Umstände, unter denen es zur Einweisung kam. Vermutlich hat sie das im Alkoholrausch völlig vergessen.

Bezüglich ihrer Zukunftsplanung äußert sie, dass sie gerne in eine betreute WG möchte. (vgl. ebd., 6) Ihre Betreuerin hat allerdings die Unterbringung in einem Altenheim vorgeschlagen, was auf eine gewisse Diskrepanz der Eigen- und Fremdeinschätzung schließen lässt. Denn sie ist da anderer Meinung und wertet den Vorschlag der Betreuerin als belanglos ab. Unter dem Aspekt der eigenen Versorgung kann sie sich dann aber doch damit anfreunden: „...also darüber sage ich ja habe ich mit der Frau Hinterhofer schon gesprochen, sie sagt ‘mal sehen was man macht!’ sie hat ja vor mich ins Altersheim zu stecken!...‘und wie wäre es im Altersheim? gehen Sie doch gleich ins Altersheim!’ sage ich ‘ja was soll ich denn mit fünfundfünfzig Jahren im Altersheim?’ nein! die hat halt immer etwas zu reden: ich bin fast erschrocken (Frau D und der Interviewer lachen schallend) ‘da haben Sie Ihr Essen und Ihre Ruhe und Ihr Geld und Ihre Rente!’ ich bin sogar am Überlegen ob ich es nicht wirklich mache: ja: warum nicht? (ebd., 7)

Als Beeinträchtigungen durch den Alkoholismus nennt sie Gedächtnis- und Durchblutungsschwierigkeiten. Jedoch berichtet sie, dass sie lange gedacht hatte, die Gedächtnisschwierigkeiten seien durch einen Schlag auf den Kopf entstanden. (vgl. ebd., 7)

Durch die Therapie hat sich verändert, dass die Patientin wieder einen geregelten Tagesablauf hat. (ebd., 8). Weitere Punkte sind ein besserer Umgang mit Problemen, sie reagiert in Konfliktsituationen nicht mehr so impulsiv wie zuvor und sie hat bessere Kontakte: „...na ich bin ein bisschen ruhiger geworden was ich früher, ich konnte früher viel schreien viel schimpfen also das mache ich nie wieder, ich gehe halt Problemen ein bisschen aus dem Weg...und bin nicht mehr so streitsüchtig; ich spreche jetzt jemanden an wenn ich ein Problem habe ich suche mir dann immer jemanden zum Reden...na ja ich suche halt auch wieder mehr Kontakt zu den Leuten...“ (ebd., 9)

Die Fremdsicht:

Durch die Erzählung der Therapeutin wird vor allem die zeitliche Einordnung der traumatischen Missbrauchserfahrungen klarer. Frau D. muss schon in früher Kindheit, im Vorschulalter, missbraucht worden sein: „...mit diesen fünf Jahren erzählt sie dann auch...ich kann es nicht genau sagen fing es auf jeden Fall an dass sie von ihrem Vater missbraucht worden ist...sie erzählt mir das zumindest immer so in diesem Zusammenhang also zum einen der Tod der Schwester der ein ganz schlimmer Schicksalsschlag für sie war...beziehungsweise dann eben der Missbrauch durch ihren Vater, das hat sich durchgezogen dieser Missbrauch bis sie geheiratet hat.“(Therapeuteninterview D, 1)

Vom Tod einer Schwester hat Frau D. in ihrer Erzählung nichts erwähnt, auch nicht vom Kinderwagen ihrer Schwester. (vgl. ebd.)

Weitere Informationen erhalten wir auch über ihre Ehe. Die Therapeutin spricht von 16 Jahren Ehe, während Frau D. von 7 Jahren sprach. Jedenfalls ist sie in der Ehe auch von ihrem Mann misshandelt und geschlagen worden: „...die Ehe: verlief nicht: gut also sie wurde auch vom...Ehepartner: misshandelt...ich glaube sechzehn Jahre lang war sie aber trotz alledem verheiratet, hat es dann endlich geschafft dass sie also geschieden wurde...in der Zeit hat sie allerdings auch schon das Trinken angefangen sie hat mir erzählt ihr Mann hat sie zum Trinken geführt, ihr Mann hat viel getrunken und...weil sie eben viel unterwegs waren...hat sie dann auch mitgetrunken; dann ist sie trotzdem noch einmal eine Ehe eingegangen die Ehe verlief ebenso unharmonisch, sie wurde geschlagen: sie sie...hat dann wieder Trost im Alkohol gesucht...was dann wirklich auch ihr bester Freund war...“ (ebd.)

Die Misshandlungen durch ihren ersten Mann hat sie in ihrer Erzählung auch nicht explizit angesprochen. Somit haben wir nun schon zwei weitere traumatische Ereignisse, die in ihrer Geschichte ausgeblendet wurden. Wahrscheinlich geschieht dies auf der Basis von Schmerzvermeidung, da ihre Geschichte ohnehin schon sehr tragisch ist.

Die Kinder wurden, so wie es der Autor der vorliegenden Arbeit in der Interpretation bereits vermutet hatte, wirklich sich selbst überlassen und sie konnte sich nicht mehr um sie kümmern: „...das habe ich jetzt noch vergessen zu sagen sie hat auch noch drei Kinder konnte sich dann aber auch immer weniger um die Kinder kümmern und...die Kinder waren dann

mehr oder weniger sich selbst überlassen und mit der...wie sie es erzählt reden sie gerade nicht...“ (ebd.)

Die Therapeutin berichtet somit auch vom Kommunikationsabbruch zu den Kindern, allerdings sagt sie nichts darüber, ob es gelegentlichen Kontakt zu einer Tochter gibt.

Eine Übereinstimmung beider Sichtweisen ergibt sich bezüglich der Rolle der Schwester, auch sie wird als wichtiger Rückhalt beschrieben: „...der einzige (Versprecher): Halt also in ihrem ganzen Leben den sie der bis heute auch noch besteht das ist ihre Schwester, zur Schwester hat sie nach wie vor sehr sehr guten Kontakt das war immer so die einzige (Versprecher) Bezugsperson die sie dann auch wirklich in allen Lagen wieder auffangen konnte...“ (ebd., 2)

Als Beeinträchtigungen nennt die Therapeutin auch die Gedächtnisschwierigkeiten und erwähnt, wie sie gelernt hat, damit umzugehen. Allerdings werden diese Einbußen der Merkfähigkeit von der Therapeutin wesentlich gravierender eingeschätzt, als Frau D. dies getan hat: „...also massive Merkschwierigkeiten also Gedächtnisschwierigkeiten: also das hat sich jetzt wirklich die ganzen Jahre hingezogen die *Bettina ist ja schon seit sechs Jahren bei uns, und...man kann schon: sagen im Laufe der Zeit seitdem sie bei uns ist hat sich das...insofern: gebessert; nicht dass die Merkfähigkeit besser geworden ist; aber sie kann sich jetzt Hilfe suchen, zur Zeit sie hat jetzt Möglichkeiten gefunden mit dieser Vergesslichkeit umzugehen sie hat...also die also macht sich jetzt also für alle Sachen...Merkschnitzel sie hat ihre Notizhefte immer bei sich kann sich da Notizen hineinschreiben und ja: das ist für sie jetzt lebensnotwendig.“ (ebd., 2)

Durch die Therapie hat sich bei Frau D. nach Angaben der Therapeutin vor allem geändert, dass sie eine geregelte Tagesstruktur hat, was Frau D. selbst auch so erzählt hat, und dass sie einen Halt, eine Art Familie, also Kontakte in der Therapieeinrichtung gefunden hat. „...dass sie wieder eine geregelte Tagesstruktur hatte was sie ja vorher überhaupt nicht mehr erfahren hat; dass sie das Vertrauen aufbauen konnte, sie wurde ja in ihrem ganzen Leben so ständig weggeworfen und hier hat sie eine Art...Familie wieder gefunden...Menschen mit denen sie reden kann die sie verstehen kann die sie verstehen können und...wie gesagt dass sie halt einfach mit ihren ganzen Defiziten wieder umgehen kann und sie als Mensch Menschlichkeit hat.“ (ebd., 2)

An dieser Beschreibung wird nochmals das Lebensdrama von Frau D., „sie wurde ständig weggeworfen“, auf den Punkt gebracht.

Ergänzend führt die Therapeutin aus: „...einfach dass sie auch wieder einer Arbeit nachgehen kann einfach dass sie diese Regelmäßigkeit hat dass sie wieder einen Sinn im Leben gefunden hat.“ (ebd., 2)

Somit hat sie eine ganze Reihe von Ressourcen, mit denen sie ein abstinentes Leben gestalten kann.

Frau D. wird nach Einschätzung der Therapeutin immer auf Hilfe angewiesen sein, evtl. mit besonderer Unterstützung durch die Schwester: „...ich denke selbstständig wird sie auf keinen Fall mehr leben können, sie wird immer auf Hilfe angewiesen sein alleine schon wegen ihrer Merkfähigkeitsstörung; ja das einzigste (Versprecher) was ich mir noch vorstellen kann worüber sie halt auch immer wieder einmal redet ist doch dass sie vielleicht bei der Schwester wieder ein Zuhause findet oder aber...durch die Schwester in jedem Fall weiter unterstützt wird aber ansonsten denke ich wird sie schon immer auf Hilfe angewiesen sein also ein selbstständiges Leben wird nicht mehr möglich sein.“ (ebd., 3)

Dieser Aspekt der Unselbstständigkeit wird von Frau D. nicht explizit angesprochen, allenfalls indirekt durch den Vorschlag der Betreuerin mit dem Altenheim, auf den sie eher humorvoll eingeht. Der Autor der vorliegenden Arbeit vermutet, dass zwei unterschiedliche Dinge damit zu tun haben könnten. Zum einen zeigt die Reaktion von Frau D., dass sie nicht wirklich in der Lage ist, sich selbst angemessen einzuschätzen, worauf auch die unterschiedliche Einschätzung bei der Beeinträchtigungsfrage hinweist. Zum anderen ist das Eingeständnis der eigenen Unselbstständigkeit mit sehr viel Scham behaftet.

Zusammenfassung:

Insgesamt hat Frau D. nach einem sehr schrecklichen Schicksal wieder einen Sinn und teilweise auch Spaß am Leben gefunden.

Die Nüchternheit und Sachlichkeit, mit der das ‚harte‘, traumatische Leben immer wieder dargestellt wird, lässt vermuten, dass es einerseits ein Abwehrvorgang ist, diese tragischen

Geschehnisse nicht zu sehr ‚an sich heranzulassen‘. Zum anderen vermutet der Autor, dass sehr viele Dinge in einem schwer betrunkenen Zustand erlebt worden sind, in dem Gefühle nicht mehr wirklich wahrgenommen worden waren. Lediglich extreme Ereignisse, die der Alkohol nicht betäuben konnte, brechen aus der Erinnerung in die Erzählung, wie beispielsweise die Geschichte mit dem gebrochenen Bein oder gelegentliche Bilder der verwahrlosten Wohnung oder schwere körperliche Entzugserscheinungen. Auch das Zeitgitter ist vermutlich durch das ständige Berauschtsein beeinträchtigt worden.

Durchaus gab es ambivalente Momente bezüglich des Weitertrinkens, jedoch war die Sucht sehr stark und hat immer wieder gewonnen.

Zu den Ursachen für ihre Sucht zählen sicherlich die frühen Mißbrauchserfahrungen und der mangelnde innere Halt, sowie spätere Gewalterfahrungen in ihrer Ehe.

Die Flucht in den Alkohol hat tragischerweise zu einer Verwahrlosung geführt, und sie war nicht mehr in der Lage, sich angemessen um ihre Kinder zu kümmern, was wiederum verständlich macht, warum diese den Kontakt abgebrochen oder minimiert haben.

Interpretation Person E

Soziodemographische Daten:

Herr E. ist 64 Jahre alt und hat 4 Brüder. Aus einer geschiedenen Ehe gingen zwei Kinder hervor. Er befindet sich seit 3 Jahren in der stationären Soziotherapie.

Herr E. fasst in kurzen Zügen seinen Lebenslauf zusammen. Dabei gibt er an, dass er in seiner Jugendzeit nichts mit Alkohol zu tun hatte. Das Problem begann erst, als sich herausstellte, dass seine Frau ein Verhältnis hatte. Dies erwähnt er in zwei Erzählpassagen. Auffallend ist die Opferperspektive seinerseits und die klare Schuldzuweisung an seine geschiedene Ehefrau. Ausgeblendet werden eigene Anteile, die eventuell zu den Eheproblemen beigetragen haben. Er erwähnt auch Therapien, die er gemacht hat, allerdings macht er für den Misserfolg der Therapien die für ihn nicht überwindbare Untreue seiner Frau verantwortlich. Somit werden auch hier eigene Anteile ausgeblendet:

„ja ich bin in *Marktsteft geboren als fünftes Kind ja fünftes und letztes Kind, meine Eltern...waren am...hatte ich in einer Schreinerei gelernt anschließend in *Rottendorf bei der *Schmidt-Firma, da hatte ich die Holzteile und und...zum Beispiel auch die Tresen Verkaufsstand...herzustellen weil ja in diesen Verkaufsständen auch ein Kühlapparat drinnen war dass das Fassbier gekühlt worden ist; und dann bin ich 1964 in den Bundesgrenzschutz eingetreten da war ich acht Jahre lang und das hat mir sehr gut gefallen nach acht Jahren hätte noch eine Verlängerung auf zwölf Jahre möglich sein können aber das wollte ich nicht dass nicht...zu hoch ins Alter hineinkomme weil ich ja anschließend eine Veränderung meines Berufslebens vorhatte, ich war dann zwei Jahre im *Vermessungsamt in *Ingolstadt zur Ausbildung des mittleren Verwaltungsdienstes und dabei habe ich gesehen dass auch dort...mit der Mittleren Reife der Zugang zum gehobenen Dienst möglich war, ich habe mich hingesetzt die Einstellungsprüfung für den gehobenen Dienst gemacht und bestanden und war anschließend im *Vermessungsamt *Ingolstadt ein Jahr Schüler...Praktikum machen müssen und anschließend die dreijährige Ausbildung in den gehobenen Dienst, alles ist gelaufen und gelaufen nach Wunsch bis dann die der eheliche Seitensprung von meiner Frau bekannt

geworden ist und dann war mein Leben sehr zerrissen und da habe ich zu trinken angefangen ...“(ebd., 2,3)

In einem weiteren Abschnitt ergänzt er:

„...Alkoholkonsum war in meiner Jugendzeit soviel wie nicht: vorhanden ich hatte die ganze Zeit in der Schule in der Jugend und dann auch in der Reservemannschaft Fußball gespielt da kannst Du Dir Alkohol überhaupt gar nicht erlauben...nach meiner Heirat nach acht neun Jahren bemerkte ich dass mich meine Frau betrogen hat mit einem *Inder und das hatte mich aus dem Leben geworfen, da kann man sagen das war der Grund dass ich herauskam, ich hatte mich dann scheiden lassen und recht zu trinken begonnen; dann...habe ich eine Therapie in *Hof durchgemacht und...das Verhältnis von meiner Ehegattin und von mir wurde an für sich dadurch...geschädigt weil sie ein Verhältnis mit einem Nachbarn angefangen hat und mich betrogen hatte zu diesem Zeitpunkt waren schon beide Kinder auf der Welt und hatten das ebenfalls mitbekommen, und diese Begebenheit...führte mich dazu dass ich langsam aber sicher mit dem Trinken angefangen habe...als der Arbeitgeber *Vermessungsamt in *Ingolstadt dies bemerkte riet er mir eine Therapie an die ich in *Hof absolvierte...drei vier Jahre später hatte ich nochmals eine Therapie in *Würzburg...ich konnte einfach das sehr schlecht überwinden...dass mich die Frau betrogen hat und endlich bin ich momentan nach den Therapien die ich durchgemacht habe die haben mir geholfen dass ich über die das ganze Familiendilemma mich beruhigt habe.“(Interview E, 1)

Ferner fällt bei der Nachfrage nach dem Alter auf, dass Herr E. vermutlich unter starken Gedächtnisproblemen leidet, die er nicht offen zugibt:

„I: wie alt waren Sie da?

E: ...müsste ich eigentlich in meinen Unterlagen

I: ungefähr!

E: ...da müsste man in die Unterlagen schauen das hat man bei der Therapie dort aufgeführt...“(ebd., 1)

Auf die Frage nach den Beeinträchtigungen gibt er lediglich an, dass er wohl auf der Arbeit durch seinen Alkoholismus aufgefallen sei und kaum mehr etwas gegessen hat:

„auch während der aus-...so war es auch beim *Vermessungsamt in der Mittagspause Bier getrunken anstatt richtig zu essen und das hatte der Vorsteher mitbekommen und hat danach sofort...die Maßnahme der Therapie eingeleitet, ich habe das dann hernach gesehen hat mir auch geholfen aber trotzdem nicht ganz weggekommen sonst wäre keine zweite dritte Therapie notwendig gewesen; ich hoffe die jetzige Therapie wird abgeschlossen dass ich meinen Ruhestand ohne Alkohol bis zu meinem Lebensende durchstehen kann.“(ebd., 2)

Herr E. zeigt hier keine reflektierte Sichtweise seines Lebens. Die Frage ist, ob er nicht in der Lage sei, mehr zu reflektieren, oder ob er sich bewusst beziehungsweise unbewusst so darstellt und wirkliche Defizite nicht erwähnt. Oder entspricht dies wirklich seinem inneren Erleben, dass er neben den offensichtlichen Schwierigkeiten auf der Arbeit keine Probleme hatte?

Die Frage nach den Veränderungen durch die Therapie wird auch nicht wirklich beantwortet. Seine Aussage erinnert mehr an ein schematisiertes Statement, um seine Umwelt (Angehörige oder Therapeuten) zufrieden zu stellen. Und er erwähnt auch explizit seine Kinder, denen er versprochen hat, nichts mehr zu trinken. (vgl. ebd., 2).

Offenbar basieren seine Worte auf einem inneren Erleben, das eine offene Selbstreflexion vermeidet und sich stattdessen für eine Form der Selbstdarstellung entscheidet, die versucht, Zuversicht zu verbreiten und seine Abstinenz zu glorifizieren.

Vor allem am Beginn seiner Antwort fällt auf, dass er sehr verwirrt ist und gar nicht auf die Frage eingeht, vielleicht um nach Worten zu suchen, die für seine Selbstdarstellung geeignet sind:

„ja die Arbeitsbelastung war nicht mehr gegeben ich war schon im Ruhestand und da war ein Dok auf die auf das Verhältnis wegen dem Verhältnis:...meines...Ehestandes, der hat sich sehr zu Herzen genommen und das ist jetzt alles vorbei das Haus ist schuldenfrei, darum hoffe: ich noch etliche Jahre ohne Alkohol: in Ruhe und Frieden gesund leben zu können; hoffentlich habe ich nie mehr einen Rückfall das wäre das Schlimmste das mir passieren könnte weil ich es den Kindern versprochen habe ich werde nicht mehr zu trinken anfangen und so solange Gott will normal leben kann ohne Alkohol.“(ebd., 2)

Die Zukunft stellt sich Herr E. folgendermaßen vor:

„...ja ich bin im Ruhestand, ich bin in der Partei: tätig ich war schon in der Jungen Union und wenn Parteiveranstaltungen sind da nehme ich Teil; be- selbst bediene mich mit den Tageszeitungen also Politik bin interessiert, sportlich betätigen und Alkohol meiden.“(ebd. 2)

Schließlich fällt auf, dass er nochmals explizit erwähnt, dass er sich vor allem verantwortlich gegenüber seinen Kindern fühle:

„ja schon alleine wegen den Kindern: möchte ich dass ich den Abstand vom Alkohol leichter durchstehe damit ich denen kein schlechtes Beispiel mehr gebe...wegen der...Alkoholtrinkerei und ich möchte meine Kinder nicht enttäuschen müssen dabei: dass sie mir; ich habe es ihnen versprochen und wenn ich das Versprechen wieder brechen würde würde ich...vor den Kindern stehen und die würden mir kein Vertrauen mehr entgegenbringen.“(ebd., 2)

Er entscheidet sich ausdrücklich dafür, sich als verantwortungsbewussten Vater darzustellen. Dabei erfährt der Leser jedoch nicht, was ihn wirklich bewegt, sich in dieser Art und Weise darzustellen. Man kann dies nur vermuten. Diese Sätze wirken ein bisschen wie Statements, mit denen er vielleicht etwas gut machen möchte, was er in der Vergangenheit versäumt hat. Oder er möchte, dass man ein bestimmtes Bild von ihm bekommt.

In eine ähnliche Richtung gehen auch seine letzten Worte:

„...das eben Gesagte entspricht den Tatsachen“(ebd., 3) Auch hier stellt sich die Frage, wieso Herr E. das sagt. Offensichtlich möchte er, dass kein Zweifel an dem Wahrheitsgehalt seines Interviews besteht. Aber gerade diese Aussage macht natürlich alles fragwürdig.

Die Fremdsicht:

Die Aussagen der Therapeutin bestärken die Vermutungen, dass Herr E. sein Leben rückblickend wirklich so sieht oder sich so erlebt, dass Alkoholismus gerade einmal auf der Arbeit zum Problem wurde. Auch die gute Darstellung nach außen war im Familienleben wichtig – so wie Herr E. das mit seinen eigenen Aussagen gemacht hat.

In Wirklichkeit waren vermutlich die Sucht und die Möglichkeiten, dem Alkoholismus in einem akzeptierten gesellschaftlichen Rahmen nachzugehen, wichtiger.

Vor allem der Bezug zu den Aussagen der Tochter deuten auf viele Schwierigkeiten durch den Alkoholismus im Familienleben und insbesondere im Verhältnis zu den Kindern hin, die Herr E. in seiner Erzählung ausblendet, und die er womöglich auch nicht so in Erinnerung hat:

„...also der *Albert: der hat zwei Kinder war verheiratet...der *Albert ist ein sehr ehrgeiziger Mensch das heißt in seinem Leben hat sich eigentlich alles um seine Arbeit gedreht, ich glaube die Familie stand bei ihm schon immer eher hinten an...für ihn war; also ich kann es nur so sagen wie ich es aus seinen Erzählungen kenne...Arbeit stand immer an erster Stelle Familie an zweiter Stelle, er hat sich einiges aufgebaut während der Zeit es ging bis hin dass er *Vermessungsbeamter machen konnte...was für ihn sehr sehr wichtig war was er wirklich auch ausgelebt hat...über seine Sucht: erzählt er relativ wenig also er bagatellisiert das alles ziemlich für ihn besteht die Sucht eigentlich in dem Sinne überhaupt nicht; ich kann Dir vielleicht mehr erzählen was ich von seiner Tochter so weiß immer im Vergleich zu dem was Dir der *Albert erzählt hat; ähm der *Albert beschreibt auch seine Familie also dass immer alles gut war die haben sich alle gut verstanden, es gab nie ein böses Wort ok es war dann halt dazwischen die Scheidung und natürlich war die Frau daran schuld also so ist das aus *Alberts Sicht...ihm wurden die beiden Kinder zugesprochen er war sehr aufopfernd und hat alles für seine Kinder getan...ja vom Trinken haben wir eigentlich nie oder kam relativ wenig, seine Tochter erzählt mir das jetzt ganz anders sie sagt...wir haben eigentlich nie etwas von ihrem (Versprecher) Vater gehabt...ihrem Vater war eigentlich immer die Arbeit wichtiger ihrem Vater war immer das Trinken: wichtiger er ist auf viele Feierlichkeiten auf viele Versammlungen und was es da alles gab und hat für sich wohl immer viel getrunken ja? und die Kinder ... wurden immer sehr sehr streng: erzogen also es hat wenig Liebe gegeben also mehr Strenge es musste alles pariert ablaufen um so nach außen hin so diesen Schein zu wahren so nach außen hin musste immer die heile Familie sein, die Tochter erzählt mir es war dann so schlimm für sie dass sie schon mit sechzehn Jahren das Elternhaus verlassen hat weil sie es einfach nicht mehr ausgehalten hat und sie hat diese ganze Zeit also als unwahrscheinlich schlimm empfunden...sie konnte sich auf den Vater nicht verlassen und die Versprechungen die der Vater ihnen auch gegeben hat dass der Vater eben auch etwas mit der Familie unternimmt wurden nie eingehalten, er war eigentlich ein richtiger Egoist hat sie einmal gesagt, es hat sich immer alles nur um ihn gedreht aber sie: mussten halt einfach nur

funktionieren...wenn man beim *Albert ein bisschen etwas nachfragt erzählt er dann schon was er in der Arbeit; in der Arbeit wurde dann schon das eine oder andere Mal aufgefordert weniger zu trinken...was er dann natürlich überhaupt nicht verstehen konnte aber er das dann trotzdem angenommen hat er erzählt dann auch dass ihn wohl das eine oder andere Mal dann die Ärzte ihn aufgefordert haben weniger zu trinken, es ging dann soweit bis es dann bis er wirklich dann ... ins Krankenhaus kam eine Therapie zugesagt hat und letztendlich dann bei uns auch gelandet ist, also das ist jetzt nur in ganz groben Zügen.“(Therapeuteninterview E, 1,2)

Die Beeinträchtigungen sieht die Therapeutin vor allem im kognitiven Bereich:

„also bei ihm ist wirklich gar nicht mehr viel...Merkfähigkeitsstörung also er kann sich wirklich fast gar nichts merken, also das Kurzzeitgedächtnis ist absolut beeinträchtigt...eine angehende Demenz ist bei ihm.“(ebd., 2)

Dessen ist sich Herr E. nicht bewusst bzw. macht darüber keine Angaben. Eventuell deswegen, weil er nach außen einen bestimmten Schein wahren will. Herr E. spürt auch keinen beginnenden intellektuellen Verfall, wie er für eine beginnende Demenz typisch wäre. Persönlichkeitsveränderungen sind offenbar dem eigenen Erleben nicht zugänglich.

Die Veränderungen durch die Therapie bestehen vor allem in einem gesteigerten Antrieb:

„als der *Albert hierher gekommen ist ist mir aufgefallen...er war oftmals sehr müde antriebsarm...konnte sich eigentlich für nichts so richtig begeistern...konnte sich sehr sehr wenig merken, hat mit sich eigentlich...genügend selbst zu tun also das Tiefste war dass er sich absolut isoliert in sein Zimmer verkriecht und mit niemandem etwas zu tun hat, und jetzt mittlerweile erlebe ich den *Albert eigentlich relativ offen als sehr lustig als sehr lebensfroh...er nimmt wieder Teil am Leben: die ganzen gesundheitlichen...wie soll ich sagen also am Anfang war ihm ganz oft auch schwindelig und es waren alles solche Sachen damit er sich eben wieder ins Zimmer verziehen kann, aber solche Sachen kommen halt jetzt ganz ganz selten eigentlich kaum noch; er geht wieder aus sich heraus er...kann sich natürlich nach wie vor wenig merken aber...ja gut aber er geht halt im Großen und Ganzen jetzt ganz anders damit um.“ (ebd., 2)

Die Einschätzung der Zukunftsperspektive von Herrn E. lassen seine eigenen Aussagen nochmals sehr fragwürdig erscheinen und darauf schließen, dass Herr E. in seiner eigenen Welt lebt, welche die Realität ein ganzes Stück weit ausblendet:

„...also für den *Albert ist es noch nach wie vor so, der *Albert sagt er möchte irgendwann einmal wieder nach Hause, er hat ein eigenes Haus und...er möchte auf jeden Fall dieses Haus wieder bewohnen bloß...also er wird nie wieder selbstständig wohnen können er ist immer auf Hilfe anderer angewiesen, und also ich denke von dem Rahmen wird es nicht: möglich sein; es kann natürlich sein dass er was weiß ich wenn er wieder selbstständig oder wenn er wieder in sein Haus zieht dass er halt dann externe Hilfe in Anspruch nehmen muss.“(ebd., 2)

Zum Vergleich hier nochmals die Aussage von Herrn E: „ja ich bin im Ruhestand, ich bin in der Partei: tätig ich war schon in der Jungen Union und wenn Parteiveranstaltungen sind da nehme ich Teil; be- selbst bediene mich mit den Tageszeitungen also Politik bin interessiert, sportlich betätigen und Alkohol meiden.“(Interview E, 2)

Wenn er auf Hilfe angewiesen ist, dann wird er wohl kaum auf Parteiveranstaltungen gehen können und unrealistisch ist auch, dass er mit seinen starken Orientierungsschwierigkeiten, die zu einer Demenz gehören, wirklich Sport treibt.

Insofern versteht der Autor die Erzählungen so, dass das Innenleben von Herrn E. eine Mischung aus einer lebenslang geübten positiven Selbstdarstellung ist, die er selbst auch für real hält und aus einer Traumwelt bezüglich der Zukunft.

Vielleicht ist diese Realitätsflucht auch wichtig für ihn, weil er sich nicht damit abfinden kann, auf Hilfe angewiesen zu sein und nicht mehr selbstständig und selbstbestimmt leben zu können.

Zusammenfassung:

Herr E. leidet offensichtlich unter starken hirnorganischen Beeinträchtigungen, die sein Erleben von der Realität abkoppeln. An einigen Stellen werden vor allem Gedächtnisschwierigkeiten offensichtlich. Der Autor vermutet, dass Herr E. viele Ereignisse im Sinne einer retrograden Amnesie vergessen hat. Und dies macht sich auch bei den

Deutungsmustern, bei der subjektiven Erzählperspektive bemerkbar. Er sieht sich als Opfer der Umstände. Durch die Untreue seiner Frau hat er mit dem Trinken begonnen. Familiäre Probleme werden bei seinen Darstellungen ausgeblendet. Er tendiert sehr offensichtlich dazu, sich nach außen verantwortungsbewusst zu geben und erwähnt immer wieder seine Abstinenzabsichten. Jedoch wirken diese Aussagen schemenhaft mit dem Zweck, Defizite und eigenes Verschulden zu verbergen. Zusätzlich hat eine wirkliche Reflexion über die Sucht bei Herrn E. nicht in dem Maße stattgefunden, dass er sich trotz seiner starken kognitiven Einbußen daran erinnern kann.

Somit sind seine biographischen Angaben Erzählfragmente, die vermuten lassen, dass Herr E. streckenweise in einer Traumwelt lebt.

Interpretation Person F

Soziodemographische Daten:

Herr F. ist 56 Jahre alt. Er wuchs bei seinen Eltern auf und hat keine Geschwister. Er befindet sich seit ca. 2 Jahren in der stationären Soziotherapie.

Herr F. erzählt kurz, wo er aufgewachsen ist:

„...also aufgewachsen bin ich in *Ingolstadt...geboren bin ich am *10. 05. 1955 in *Ingolstadt das ist bei *München, und ich habe 1973 das Arbeiten angefangen.“(Interview F, 1)

Herr F. hat als Kranfahrer gearbeitet. Anfangs hat er nur am Wochenende und im Urlaub getrunken:

„...da habe ich meinen Kranführerschein gemacht und bin Kran gefahren und da habe ich ja nichts trinken dürfen weil da brauchst Du ja die Übersicht die ganze Zeit lang, da habe ich nichts getrunken gehabt da bin ich nur am Freitag auf die Nacht nach Hause gekommen am Samstag habe ich mich zugehörnt und am Sonntag habe ich ausgeschlafen und am Montag habe ich wieder angefangen, ich habe die ganze Woche nichts getrunken: bloß am Wochenende...“(ebd., 3)

Begeistert berichtet er von einem Urlaubserlebnis:

„...wenn ich Urlaub gehabt habe da wir ich dann fort: als ich Urlaub gehabt habe bin ich einmal auf die / gefahren...und das war recht schön: das war ein schöner Urlaub für mich weil wir sind ja nie fort gewesen, und das war 1977 da habe ich glaube ich vierzehn Tage Urlaub gehabt und ich habe gesagt ich bleibe gleich vier Wochen unten also dann habe ich den Chef angerufen `ich habe das Flugzeug verpasst` (Herr F und der Interviewer lachen schallend); ja: sage ich `ich habe das Flugzeug verpasst!` sagt er `es hilft nichts!` sage ich `ich komme erst in vierzehn Tagen zurück!` dann war ich vier Wochen da unten das hat er mir geglaubt: da habe ich zwar einen Haufen Geld ausgegeben das ist schon wahr: so war es nicht: aber nicht dass

ich jetzt da irgendwie ausgeflippt wäre oder dass ich mich direkt; nein mit welchem Ziel? ganz normal...“(ebd., 3)

Die Erzählungen von Herrn F. sind im Folgenden zeitlich sehr schwer zuzuordnen. Es sind bruchstückhafte Erinnerungen und Fragmente, die einige Schlüsselstellen und prägende Ereignisse seines Lebens beschreiben.

Er erzählt, dass er 1984 geheiratet hat und aus dieser Ehe, die 1997 oder 1998 wieder geschieden wurde, drei Kinder hat. Dies gibt er als Grund für seinen Alkoholkonsum an. Anschließend berichtet er von einem Klinikaufenthalt wegen seines Alkoholproblems, zu dem ihn seine Frau zwang. Vermutlich hat es massive Konflikte wegen des vielen Trinkens gegeben. Der Leser erfährt nicht, ob die Entwöhnungsbehandlung zum Erfolg geführt hat – aber da es zur Scheidung kam, war dies wohl eher nicht der Fall. Jedoch muss es noch eine Konsumsteigerung nach der Scheidung gegeben haben:

„...1984 habe ich geheiratet habe drei Kinder also vier Kinder habe ich der *Otto war damals acht Jahre alt und 97 98 war die Scheidung das war die erste Scheidung, und da habe ich mich natürlich außergewöhnlich zugehörnt also da habe ich schon Etliches getrunken gehabt und dann habe ich meine ganzen Ersparnisse praktisch was ich gehabt habe alles auf den Putz gehauen und dann bin ich zum Alkoholiker gegangen (Versprecher) dann hat die *Maria gesagt `ja wenn Du weiterhin so säufst dann lasse ich mich scheiden!` dann habe ich gesagt `gut ok das ist gar kein Problem!` und dann habe ich das gemacht...da bin ich zum...da war ich bei einem solchen da war ich im BKH *Weiden, und der hat zu mir gesagt `Herr Müller ja Sie haben ganz schön etwas in sich!` `ja!` sage ich, sagt er `ja das artet ganz schön aus!`...“(ebd., 1)

Jedoch sind die weiteren Ausführungen über seine Beziehungen sehr verwirrend. Jetzt erzählt er, dass er 1981 eine Alkoholikerin geheiratet habe, mit der er nur zwei Jahre zusammen war, aber dass er aus dieser Ehe keine Kinder hat. Dies steht im Widerspruch zu oben Gesagtem. Außerdem ist dann fraglich, wieso sich diese erste Frau über seinen Alkoholkonsum beschwert haben sollte:

„...81 habe ich eine kennen gelernt das war eine Alkoholikerin ich habe gedacht dass wir es zu zweit schaffen dass sie nichts mehr trinkt ich habe zu ihr gehalten mit der Sauferei und mit

der ist es zwei Jahre gut gegangen das hat alles gepasst...neu geheiratet wieder, das zweite Mal verheiratet gewesen keine Kinder Gott sei Dank: da sind wir beide untergegangen, wenn wir Kinder auch noch gehabt hätten...das packe ich nicht: ja und so im Großen und Ganzen habe ich dann eine kennen gelernt aus der Tschechei das war vor zwei Jahren und am 21. Dezember habe ich mich so zugehörnt 2005 2006 und da habe ich dann schon Etliches in mir gehabt dann hat sie auch noch gefragt 'geht es noch?' dann habe ich sie zusammengeschlagen am Tag zuvor noch, sagt er 'Fritz du musst ausziehen du musst fort!'...“(ebd., 2)

In seinem Erleben sind ihm diese Ereignisse nur schlecht sortiert und nicht chronologisch zugänglich. Es stellt sich auch die Frage, wie glaubwürdig seine Erzählung ist, und ob er auf Grund der Verwirrung nicht Dinge vertauscht und vermischt, oder gar dazuerfindet.

Wahrscheinlich hat die ständige Betrunkenheit dazu geführt, dass er sich und seine Umgebung nur noch bruchstückhaft wahrgenommen hat, und deswegen sind die Erinnerungen dementsprechend verzerrt.

Darüber ist er sich jedoch selbst bewusst. Er berichtet von Ausrutschern und davon, dass er in seiner Trinkzeit zeitlich völlig desorientiert war:

„...also was interessant ist wie es aufgegangen ist, also das Aufgehen war die Sache ich habe keinen Rat mehr gewusst also bei mir ist praktisch so gegangen dass ich nicht mehr gewusst habe frühs was für eine Zeit vergangen war und dadurch dass ich hierher gekommen bin nach *Weiden ins Reha-Zentrum das hat mir schon viel geholfen also muss ich schon sagen, und aber wie gesagt die Aussetzer habe ich schon noch aber die kommen irgendwie spekulieren oder etwas aber so schlimm ist es nicht mehr wie ich es gehabt habe also und auch die Morddrohungen also die Suizidgefährdung das mache ich auch nicht mehr weil das ist auch nicht das Wahre...“(ebd., 2)

Diesen Suizidversuch erwähnt er zweimal und beschreibt ihn auch sehr ausführlich. Dieses Ereignis hat zum Verlust seiner Arbeitsstelle als Kranführer geführt:

„...dann habe ich die Arbeit auch noch verloren; dann wollte ich mir das Leben nehmen, habe meinen guten Job verloren als Kranführer...“(ebd., 1) und weiter:

„...ich habe den Kran nicht mehr aufstellen dürfen weil da habe ich damals schon Probleme gehabt, dann ist der Chef gekommen und sagt 'bei Dir oben stinkt es so im Kran was ist denn mit Dir los?' sage ich '*Dieter ich weiß: es nicht was passiert ist ich kann es Dir nicht sagen ich weiß nicht was los ist!' ja und dann ist die Feuerwehr gekommen und die Polizei und der Notarzt und was weiß ich, der Chef bis zur Spitze da habe ich mich hingesezt damals da habe ich mich hingesezt und gesagt 'jetzt springe ich hinunter: ich habe keinen Bock mehr: die Schnauze voll!'...das war 93...ja und dann hat er gesagt 'möchtest Du raus? zurück gehst Du sowieso nicht mit!' dann habe ich gesagt 'ich gehe alleine vor!' und da habe ich 4,2 Promille oder so gehabt ich habe oben auf dem Kran gesoffen und dort eine Flasche ausgepackt so eine Dreiliterflasche und meine Thermoskanne Kaffee und die habe ich gemischt mit Cola und Kaffee und habe oben gesoffen und da kommt der hoch und sagt 'ja bei Dir oben stinkt es ja!' sagt er 'Du hast eine Alkoholvergiftung!' sage ich 'ich habe gar keine mir fehlt überhaupt nichts ich bin kerngesund!' der hat sich hingesezt 'ich brauche frische Luft!' (Herr F. lacht schallend) 'ich brauche frische Luft!' 'ja so kannst Du nicht arbeiten Du bist doch verheiratet, da siehst Du dass die Polizei kommt, da unten haben sie es aufgebaut so ein Spring- so eine Matratze da!' sagt er 'ja: da ist ein Doktor dabei so ein Psychologe:'...oder was das war vom BKH einer; sagt er 'Zehntmüller gehen Sie zurück: das bringt ja nichts wenn Sie springen wenn die Sie auffangen das bringt ja gar nichts!' muss das sein?' frage ich, sagt er 'Du musst nicht mit, wenn es Dir Spaß macht dann bleibe halt hier sitzen!' dann ist er hinunter, das hat zwei Stunden gedauert das hat drei Stunden gedauert ich bin nicht hinuntergegangen ums Verrecken nicht: dann ist es ein bisschen frisch geworden dann bin ich zurück ins Polizeiauto hinein dann haben sie mich abgeführt von der Baustelle dann war ich sechs Wochen dort drinnen also knappe sechs Wochen, habe einen Entzug gemacht...“(ebd., 4)

Ein sehr dramatisches Ereignis, über das Herr F. teilweise lachen muss. Trotz seiner schweren Betrunkenheit kann er sich in vielen Einzelheiten daran erinnern. Ein Schuldbewusstsein ist nicht erkennbar. Er sieht das alles mehr als eine ‚spannende Geschichte‘, die man erzählen kann.

Aus einer weiteren Passage, die teilweise schwer in die Chronologie einzuordnen ist, wird deutlich, wie schwer alkoholsüchtig er war. Dies führte zum Scheitern von Beziehungen und zum Verlust der Arbeitsstelle. Jedoch war seine Sucht auch von einem starkem ‚Egal-Gefühl‘ begleitet, das ihn vor allem auch in finanzielle Schwierigkeiten gebracht hatte. Er erzählt, dass

er nach dem Suizidversuch und dem Entgiftungsaufenthalt im Krankenhaus wieder mit dem Trinken angefangen hat:

„...ich habe meinen Ausgang gehabt nach den sechs Wochen, habe eine Tankstelle gesehen bin in die Tankstelle hinein und saufe mich wieder so zu und das hat meine Frau auch mitbekommen, sagt sie `*Fred hör‘ auf damit!‘ sonst lässt sie sich scheiden; hm, und das war es jetzt; eine Chance habe ich noch und das wird die letzte sein oder die vorletzte ich weiß es nicht...ich habe halt nicht aufgehört ums Verrecken nicht: 1998 war sie dann halt weg dann war ich fertig mit der Welt!...98 war das also da war sie fix und fertig, ich habe seitdem keinen Kontakt mehr gehabt und nichts bis auf die Scheidung; dann habe ich so eine Partnerin erwischt...die wohnte zu Hause die Miete war zu teuer; ich habe auch gearbeitet noch bei derselben Firma...zur Arbeit nicht mehr gegangen später zur Arbeit ich habe keinen Bock: mehr gehabt ich habe gesagt `ich mache jetzt was ich will das ist mir egal:‘ im August...1999, 98, 99, die Zeit; sagt der Chef zu mir `*Fred!‘ sagt er er schreibt mir die fristlose Kündigung, sage ich `darauf habe ich schon gewartet dass die irgendwann einmal kommt!‘...sagt er `durch Deine Sauferie!‘ sagt er `wenn Du nicht aufhörst!‘ sagt er `muss ich Dich entlassen!‘ sagt er `weil wenn etwas passiert dann ist der Teufel los!‘ sage ich `das verstehe ich ja! für mich ja kein Problem!‘ aufgehört habe ich nicht: mit der Sauferie ich habe immer weitergemacht und weitergemacht bis wieder einmal im / war, dann habe ich gesagt `jetzt ist es vorbei: jetzt habe ich die Schnauze voll, jetzt mag ich nicht mehr jetzt fange ich ein neues Leben an!‘ und probiert habe ich es auch; dann habe ich eine kennen gelernt die hat gesoffen ich habe gesoffen, ich mich kurz angepasst das hat wunderbar gepasst; dann hat sie gesagt `ich mag nicht mehr!‘ sage ich das Geld das wir gebraucht haben das hätten wir uns auch sparen können verstehst Du? Miete zahlt sie zurück einen Teil der Miete gehabt zu zahlen...ich habe immer geschaut dass ich ein bisschen schwarz gearbeitet habe nebenbei noch und habe ein schönes Geld verdient; mir ist es nicht schlecht gegangen aber durch die blöde Sauferie habe ich das Ganze praktisch versaut.“(ebd., 5)

Der weitere Verlauf bis zur Aufnahme in die stationäre Soziotherapie geht über einen Helfer, der den Weg in eine Entgiftung ebnet:

„...dann bin ich zum Fahrer habe dem Fahrer erzählt die ganze Geschichte hatte ziemlich etwas getrunken gehabt also ziemlich 3,8 oder 4,2 Promille oder was ich gehabt habe, und da hat mich das BKH nach München geschickt da war ich dann drinnen drei Monate oder vier

Monate dann haben sie gesagt `gehen Sie ins Reha-Zentrum ziehen Sie ins Reha-Zentrum!` ich soll mir das anschauen, dann war ich dort, und das hat mir das erste Mal als ich da war denke ich mir `Kruzifix noch einmal, das ist eine Sache für sich selbst! na ja probierst Du es halt einmal wie lange es gut und wie weit sie kommen!` habe ich auch nicht und auf der Straße wollte ich auch nicht leben, und bei der / bringt es auch nichts und dann habe ich gesagt das probiere ich jetzt: und ich bin jetzt da ein gutes Jahr.“ (ebd., 2)

Aus heutiger Sicht ist er froh und dankbar für die abstinente Zeit – dazu zwei Zitate:

„...und bin auch froh dass ich da bin und ich muss sagen das hat mir schon viel gebracht, ich bin ein Jahr trocken, das gefällt mir am allerbesten und dass ich wieder hinaus komme irgendwann einmal das weiß ich noch nicht aber es besteht die Zeit dass ich wieder einmal hinauskomme und dass ich dann nichts mehr trinke habe ich mir geschworen und ich hoffe dass es so bleibt...“(ebd., 2) Und weiter:

„...und ich bin jetzt ein Jahr ein halbes Jahr dass ich da bin und das hat wunderbar geklappt; also ich kann nicht mehr sagen dazu zu der ganzen Geschichte, aber mit der blöden Sauferi das hat sich allerdings erledigt, ich hoffe dass es dabei bleibt weiterhin, aber wie gesagt es ist halt nicht leicht weil man das so vom Herunterkommen jetzt geschafft hat aber im Großen und Ganzen also teu teu teu: auch für die; und ob das die Anna ist ist ob das Stefan ist oder ob das der Chef ist oder sonst jemand also teu teu teu muss ich sagen also was die geleistet haben: und was die für die Patienten mitmachen müssen so wenn hier jemand einen Scheiß baut oder was und die sind immer da wenn Du etwas brauchst, wenn Du irgend etwas nicht weißt kannst Du sie fragen und bekommst immer eine Antwort also das finde ich gut...keine Ahnung: wie gesagt ich möchte das Beste machen aus meinem Leben und saufen werde ich nichts mehr: das habe ich mir geschworen.“(ebd., 5)

Zu den Beeinträchtigungen durch den Alkohol zählt er vor allem den Verlust der zeitlichen Orientierung und das Leben in einem zeitlosen Rauschzustand. Ferner erwähnt er körperliche Beschwerden und die finanziellen Probleme:

„...Beeinträchtigungen sagen wir einmal so ich habe ja praktisch nicht mehr gewusst was los ist Du weißt schon: ich habe mich ja so zugesoffen gehabt dass ich nicht mehr wusste wann

der nächste Tag war Du weißt schon: ich habe ja nichts mehr gefrühstückt, ich habe mir eine Flasche Schnaps gepackt neben dem Bett und die Tragerl (Dialekt: Kiste) Bier haben sich jede Woche gestapelt und gestapelt und gestapelt und sind jede Woche mehr geworden, ich habe jeden Tag ein Tragerl (Dialekt: Kiste) Bier und eine Flasche Schnaps gekippt und das jeden Tag: und irgendwann habe ich gesagt 'jetzt ist Ruhe, ich kann nicht mehr!'...ich habe nicht spucken können oder sonst irgend etwas bei mir ist das alles drinnen geblieben ich habe mir ja nichts irgendwie Gutes gemacht Du weißt schon...mir hat das Geld nicht mehr gereicht dann bin ich fort: ich habe das Geld das ich gehabt habe alles Restliche das ich gehabt habe versoffen, ich habe meinen Arbeitslohn den ich gehabt habe und die paar Ersparnisse versoffen gehabt...“(ebd., 5)

Die Therapie sieht er einerseits als Freiheitseinschränkung, aber auf der anderen Seite ist er froh, dass er wieder schreiben kann:

„...also geändert hat die das praktisch dass ich die Freiheit nicht mehr so habe wie ich sie gehabt habe: verstehst Du was ich meine?...und das Leben geht auch weiter: also ich muss sagen das passt: das finde ich echt gut: also so dass Du sagst 'jetzt acht Tage bist Du jetzt einmal zu Hause.' Du kannst jederzeit nach Hause das ist ja kein Problem: Du schreibst einen Antrag und dann Du kannst jederzeit nach Hause fahren: das ist ja gar kein Problem:...aber ich sehe es halt; das sind die Therapien da kannst Du nichts machen da musst Du durch: wenn jetzt einer dabei ist der da nicht mitzieht dann hat er Pech gehabt!...ja so gut mit der Schreiberei zum Beispiel ich habe Probleme gehabt mit der Schreiberei: das klappt jetzt einwandfrei: ich kann zwar noch nicht schön schreiben das ist ja egal: Hauptsache ich kann meine Buchstaben wieder so stabilisieren dass ich sagen kann ich kann meinen Namen wieder ordentlich schreiben verstehst Du? den habe ich am Schluss ja gar nicht mehr schreiben können: ich war ja total fertig aber ich muss auch so durch verstehst Du?“(ebd., 6)

Bezüglich der Zukunft hofft Herr F., dass er wieder selbstständig leben kann:

„...na ja meine Zukunftsplanung ist so ich will ja wieder selbstständig sein das muss ich momentan zwar; dass das wieder einmal geht das wäre mein Wunsch echt: weil...es kommt halt von den Jahren her im Alter wird es halt auch so und; aber wie gesagt mein Leben das möchte ich so gestalten dass ich jetzt noch hierbleiben kann das Jahr vielleicht das nächste Jahr noch bis zum Mai oder was dass ich zwei Jahre hinter mir habe und da das Haus verlasse

und meine eigene Wohnung wieder bekomme und dass ich neu anfangen kann das wäre vielleicht mein Wunsch aber es steht in den Sternen geschrieben ich weiß es nicht, also mehr kann ich dazu nicht sagen weil ich nicht weiß wie...wie es ist vom Erhören.“ (ebd., 6)

Die Fremdsicht:

Die Ausführungen der Therapeutin machen nochmals deutlich, wie verwirrt Herr F. ist. Auffallend ist, dass sie von drei Kindern spricht und Herr F. zuerst ebenfalls von drei Kindern spricht, sich aber dann auf vier Kinder korrigiert. Die Therapeutin hat selbst Schwierigkeiten, die teilweise sehr unterschiedlichen Angaben des Herrn F. zu sortieren:

„...ja also der *Fred...hat mir vordergründig eigentlich erzählt...dass er zwei Mal verheiratet war, und in seiner ersten Ehe oder aus seiner ersten Ehe hat er...drei Töchter die Ehe selbst die verlief so wie er erzählt eigentlich schon relativ gut: bis zu dem Zeitpunkt; also ich muss dazu sagen ich glaube sechzehn Jahre war er verheiratet; und auf jeden Fall musste seine Frau wohl fremdgegangen sein und das war dann für ihn auch gleichzeitig so der Punkt an dem er wirklich massiv das Trinken angefangen hat, das war so der Punkt...ja an dem er sich aus dem er überhaupt nicht mehr herausgefunden hat und an der er sagt wie er zur Sucht gekommen ist, allerdings...es ist so ein bisschen hin und her weil in einem anderen Gespräch hat mir der *Fred dann einmal erzählt dass er bereits seit dem sechzehnten Lebensjahr trinkt also das ist alles nicht so richtig stimmig, ich kann jetzt auch nicht mehr ganz genau sagen wie war es jetzt wirklich wie stimmt es jetzt überein? und er war dann wohl noch einmal...verheiratet aber ich bekomme das glaube ich jetzt gar nicht so recht zusammen...ist jetzt da die Frau auch wieder verstorben oder ist die verstorben oder ist die fremdgegangen ich kann es jetzt gar nicht genau sagen, ist jetzt glaube ich dafür nicht so wichtig:...” (Therapeuteninterview F, 1)

Auch die weiteren Angaben über den Kontaktaufnahmeversuch zu den Kindern zeigen, wie undurchschaubar Herr F. in seinem Erleben ist. Es ist schwierig, einen Realitätsbezug herzustellen:

„...auf jeden Fall Kontakt zu diesen zu diesen drei Kindern besteht nicht: mehr...letztes Jahr zu Weihnachten hat er noch einmal ganz ganz arg den Wunsch geäußert er möchte diesen Kontakt zu den Kindern wieder haben, als dann aber...auch letztes Jahr so ziemlich zur selben Zeit dann seine Frau hierher angerufen hat...war der *Fred absolut durch den Wind und wollte

auf einmal gar keinen Kontakt mehr haben, hat gehofft dass...dass bloß: seine Kinder auch nicht mehr melden was für mich dann auch alles wieder ein bisschen undurchsichtig war, alles also irgendwie alles recht verwirrend; seine Alkoholsucht beschreibt er jetzt wieder...es war einmal mehr es war einmal weniger, er sagt er hat Zeiten gehabt also in denen er dann wirklich seinen Schnaps da getrunken hat...ich glaube er hat sogar einmal erzählt von einem Rausch in dem er um die 4,0 hatte...ja das zog sich halt so durch aber ich kann jetzt auch keine genauen Zahlen sagen.“(ebd., 1)

Herr F. hat nach Meinung der Therapeutin vor allem Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich:

„...also ganz starke kognitive Defizite, Merkfähigkeit ist absolut eingeschränkt, ich denke das ist so vordergründig!“(ebd., 1)

Diese hirnnorganischen Folgeerkrankungen werden aus den verwirrenden Darstellungen von Herrn F. klar ersichtlich. Ihm ist bewusst, dass er während der Trinkzeit teilweise die Orientierung verloren hat, dass jedoch weiterhin starke Beeinträchtigungen vorhanden sind, ist ihm nicht bewusst.

Zu den Veränderungen durch die Therapie gehört vor allem ein Geborgenheitsgefühl, das er so noch nicht kannte:

„...er sagt er hat sich noch nie so wohl gefühlt wie hier also er hat gesagt er hat noch niemals so eine so eine so einen beschützten Rahmen oder überhaupt so einen Rahmen...kennen lernen dürfen in dem er sich einfach fallen lassen darf in dem er...einfach geschützt und aufgehoben ist in dem einfach einmal für ihn gesorgt wird...also er hat vorher immer so ein Kämpferleben gehabt musste sich überall durchbeißen und hier wird für ihn gesorgt und das ist für ihn unwahrscheinlich gut...“(ebd., 2)

Bezüglich der Zukunft sagt die Therapeutin, dass er in der Einrichtung bleiben möchte, die er zum Zeitpunkt des Interviews bewohnt. Er selbst hat angegeben, dass er eines Tages wieder selbstständig leben möchte. Also kann man auch hier eine Überschätzung der Planungsfähigkeit und der Selbsteinschätzung vermuten:

„...er hat auch gesagt er möchte so lange hier bleiben wie es nur geht, er ist einer der wenigen der das so äußert, er will hier bleiben, für ihn ist es jetzt schon eine Art Zuhause.“ (ebd., 2)

Zusammenfassung:

Herr F. hat durch seinen schweren Alkoholismus schwere kognitive Beeinträchtigungen, die es ihm schwer machen, seine Erinnerungen zeitlich geordnet wiederzugeben. Er hat in der Trinkerzeit in einem zeitlosen ‚Berauschtsein‘ gelebt, mit einem Verlust der zeitlichen Orientierung. Deswegen sind auch einige Angaben sehr fragwürdig. Man stößt bei seiner Erzählung auf offensichtliche Widersprüche, die darauf hindeuten, dass Herr F. sehr vieles Vergangenes durcheinanderbringt.

Durch sein Trinken hat er Schulden angehäuft, seine Beziehungen sind gescheitert und seine Arbeit hat er zuletzt verloren. Aber er erzählt das nicht aus einer bedauernden, schuldbewussten Perspektive, sondern mehr aus einer sehr ‚lässigen‘ Haltung gegenüber den Ereignissen. Er lacht immer wieder bei seinen Ausführungen, auch bei der ausführlichen Erzählung über seinen Selbstmordversuch.

Die Sucht war trotz vieler Brüche in seinem Leben immer wieder stärker, und er hatte vermutlich kaum abstinente Phasen.

Interpretation Person G

Soziodemographische Daten:

Herr G. ist 51 Jahre alt. Er ist mit zwei Geschwistern bei seinen Eltern aufgewachsen. Aus zwei verschiedenen Beziehungen hat er je ein Kind.

Herr G. erzählt von einer normalen und problemlosen Kindheit, die andauerte, bis sein Vater gestorben war. Dann gibt er zunächst einen Überblick über seinen schulischen und beruflichen Werdegang:

„...ich bin der *Christian *Müller ich bin am *10. *04. *1952 in *Montabauer geboren und ich bin aufgewachsen in *Nürnberg in einer eigentlich ja gut situierten Familie kann man sagen, ich habe noch einen Bruder eine Schwester also familiär hat es da nichts gegeben bis auf dass mein Vater...frühzeitig gestorben ist und dann hat meine Mutter also allein erziehend das nicht mehr so mit mir so in die Reihe gebracht also ich habe meine Grenzen gesetzt bekommen aber ich habe sie ja immer wieder durchbrochen ja? das war für mich weiter kein Problem; und ich bin dann so ganz normal also in die Volksschule in die Volksschule gegangen acht Jahre, habe dann ja eine Lehre als Starkstromelektroniker gemacht habe die abgeschlossen dann habe ich...danach bei verschiedenen Firmen gearbeitet also ich habe nie in meinem Leben kontinuierlich gearbeitet das waren immer nur so ein bis zwei Jahre und eben durch mein ja Suchtverhalten...“(Interview G, 1)

Weiter berichtet Herr G., dass er seit seiner Jugend sämtliche Drogen konsumiert habe und mit seinen Freunden stark von der Hippie-Kultur beeinflusst gewesen sei. Es gab Probleme mit der Mutter und der Polizei, aber insgesamt war dieser Lebensabschnitt, der sich bis zum Ende seines dreißigsten Lebensjahres hinzog, mit einer gewissen Selbstverständlichkeit und Normalität verbunden. Vermutlich, weil er auch einen Freundeskreis hatte, der ebenso lebte:

„...ich bin schon relativ früh als Jugendlicher mit vierzehn Jahren mit Alkohol konfrontiert worden das heißt...ich bin da mit denen ich gelernt habe und im Schlossgarten habe ich dann auch Hippies kennen gelernt, dann habe ich auch...andere Drogen genommen weil ich neugierig war und das hat mich fasziniert und mir ging es auch gut dabei die ersten Jahre, also

wenn ich da konsumiert habe ich habe also sämtliche Drogen die es gibt...Morphium LSD Chrystel Amphetamine Barbiturate und ich war fast immer breit und ich war in eine Scene-Kneipe in einer amerikanischen Kneipe und da ist auch...das Ganze gelaufen also mit Rauschgift und so und das war kein Problem also an das Zeug heranzukommen und...ich habe das gemacht weil es meine Freunde auch gemacht haben und mir ging es noch gut dabei bis eben ich habe dann ja...mitunter Trouble gehabt mit meiner Mutter und mit der Polizei und so weiter und das hat sich so wie ein roter Faden bis in die achtziger Jahre also...durchgezogen...“(ebd., 1)

Allerdings macht er 1974 bereits seine erste Therapie:

„...dabei muss ich sagen da habe ich dann 1974 das erste Mal eine Therapie gemacht in einer psychosomatischen Fachklinik in Friedrichsdorf im Taunus und dann wurde mir erst einmal also vermittelt dass ich also süchtig also Alkoholiker bin...ja Polytoxinomane weil ich halt alles genommen habe...“(ebd., 1)

Anschließend erzählt er von einer Beziehung, aus der auch ein Kind hervorging. Diese Frau ist bei einem Autounfall tödlich verunglückt. Dies berichtet er völlig emotionslos und sachlich, er nimmt auch keine Bewertungen vor und fährt mit seiner Erzählung fort, indem er das Thema auf den Suchtmittelkonsum lenkt. Er erzählt auch nichts über das Verhältnis zu seiner langjährigen Freundin und zu seinem Kind. Dadurch kann man vermuten, dass er seinen Schmerz über die verlorene Beziehung betäubt und sich in die Drogenwelt geflüchtet hat. Jedoch bleibt offen, was mit seinem Kind passiert ist.

Schließlich nimmt der Alkohol überhand und er muss wegen Beschaffungskriminalität ins Gefängnis:

„...ich habe aber dann also nach der Therapie hatte ich ja kurzzeitig Beziehungen zu Frauen immer nur kurzzeitig und war damals in Frankfurt mit einer zusammen und die Beziehung also da bin ich dann an sich blöd nach der Therapie bin wieder nach *Nürnberg habe da ja eine Lebens- also meine damalige Lebensgefährtin kennen gelernt und mit der war ich längere Zeit zusammen mit der habe ich auch...ein Kind zusammen die hatte dann 1986 einen tödlichen Unfall und in der Zeit hatte ich also nur noch gelegentlich also mitunter nur harte Drogen genommen aber ich habe schon also exzessiv Alkohol gesoffen kann man sagen ja:

und meine Räusche gehabt und...ja ich arbeite ich war halt einfach drauf ich weiß auch nicht wieso...ich habe es immer wieder probiert einmal eine Zeit lang das zu schaffen habe es aber nie geschafft also ich bin immer wieder auf das alte Gleis gefahren und...dann 1980 habe ich dann meine langjährige zweieinhalbjährige Haftstrafe bekommen wegen Rauschgift und so weiter und Beschaffungskriminalität und...habe dann ab dem Zeitpunkt also von 81 Ende 81 bis...“(ebd., 1,2)

Danach ist Herr G. sehr stark dem Alkohol verfallen. Er ist insbesondere mit der Einsamkeit nicht zurechtgekommen. Die Zeitangabe über die Gefängnisentlassung kann nicht stimmen:

„...Anfang 81 bin ich entlassen worden (Logikfehler) keine harten Drogen mehr genommen bin aber dann schwerpunktmäßig ab dem Zeitpunkt war ja auch meine Freundin die Beziehung ging auseinander durch den ganzen Knatsch und ich war dann alleine bin dann nach *Erlangen gezogen und ja...dann habe ich mich mit / eingelassen und dann war die Sauferei angesagt und...ja dann hat es nicht lange gedauert dann habe ich die Wohnung verloren und ich habe dann noch einmal eine Therapie gemacht und insgesamt habe ich in meinem Leben so ja vier fünf Therapien gemacht...“(ebd., 2)

Herr G. hat während seiner ersten Therapie eine Frau kennen gelernt, mit der er eine Beziehung aufnimmt. Als diese jedoch zerbricht, fängt er wieder mit dem Trinken an und muss erneut eine Entgiftung machen:

„...und jetzt bin ich also seit 2000 in sozialtherapeutischen Einrichtungen in Reha-Einrichtungen das heißt also die erste Rehaeinrichtung war Friedrichshausen die erste und die zweite dann Wohnheim da war ich dann zweimal und...da war ich auch längere Zeit so auch trocken: ich habe es immer einmal geschafft ein: Jahr das höchste war zwei Jahre einmal trocken zu sein und zur Zeit bin ich also ja ein gutes Jahr trocken und weil ich dann im Anschluss von dieser...Therapie im Wohnheim ins betreute Wohnen bin und...da ist einmal in der Woche so eine Sozialpädagogin gekommen und da nachgefragt ob alles in Ordnung ist aber ich habe dann weil ich eine Beziehung mit einer Frau eingegangen bin auch meine Beziehung...ja ich habe Probleme gehabt...wie das habe ich nicht so ganz verarbeitet die Trennung und alles, und wie das zusammen...ja wie das / hat das war also für mich emotional nicht ganz ein- ja...nicht ganz so einfach und da habe ich dann obwohl ich da eingebunden war in eine Tagesstruktur ich war im Modellbau und habe das Modelle Synagogen gebaut

und...von Montag bis Freitag und das Wochenende habe ich aber für mich gehabt und dann habe ich aber ja leichtsinnigerweise na da weil ich es nicht gepackt habe...ja mal meine Räusche gehabt; und bin aber dann im Anschluss dann also ich habe es verheimlicht es ist nicht herausgekommen am Anfang dann am Schluss dem Ende zu ist das ausgemacht worden weil das ist klar ich meine wenn man drauf ist fällt das auf und ja dann habe ich mich noch einmal bin ich noch einmal ins Bezirksklinikum *Würzburg und von da aus...bin ich dann nach *Eberdorf und habe mich also entschlossen noch einmal so eine Therapie zu machen eine längerfristige Therapie..." (ebd.)

Er entschließt sich also, erneut eine Therapie zu machen. Da er jedoch Auflagen vom Gericht bekommt, da sich in der Zwischenzeit einige Vorfälle ereignet hatten, ist er auf eine gute Beurteilung durch die Therapeuten angewiesen, um die Einrichtung wieder verlassen zu können. Dementsprechend positiv erzählt er über diese Therapie und über seine Zukunftspläne:

„...ich habe hier meinen strukturierten Tagesablauf ich bin in der Gärtnerei das gefällt mir ganz gut; oder so...das Wetter ist zur Zeit auch recht schön und...das macht mir Spaß und...auch sonst also kann ich mit meiner Zeit etwas anfangen und...ich habe vor also wenn ich jetzt dann noch eine Zeit lang hier bin das hängt davon ab...wieweit die Beurteilung dann ausfällt hier weil ich vom Richter ich hatte ja eine Gerichtsverhandlung die Auflage bekommen habe...nicht ohne Konsens von meinem Betreuer die Einrichtung zu verlassen und...der kommt immer mein Betreuer der war schon zweimal da und ich verstehe mich mit ihm eigentlich recht gut und...das nächste Mal wenn er kommt im August macht machen wir konkret aus das ist schon ausgemacht mit dem Leiter hier also mit meinem Bezugsgruppenleiter und ähm das ist alles schon besprochen dass es dann konkret gemacht wird und so gehe ich eins nach dem anderen an und von da aus will ich dann in ein betreutes Einzelwohnen, und dann will ich meine Struktur also aufbauen das heißt entweder Volkshochschule oder...einen Job also ich bin erwerbsunfähig ich kann noch vierhundert Euro dazuverdienen dass ich so einen Halbtagesjob bekomme...und ja das ist also meine Zielvorstellung meine Zukunftsperspektive dass meine Bedürfnisse ich befriedigen kann auf ehrliche Weise...also legal und ja das war es im Großen und Ganzen; und ich...ja dass ich meine Bedürfnisse einfach ausleben kann die und die ich habe und Interessen die ich habe auch realisieren kann: ich fahre gerne Ski und alles mögliche und ja das möchte ich gerne machen wenn das alles klappt, das war es tschüss!“ (ebd., 3)

Auffallend ist seine Schlussformel „das war es tschüss“ – als ob er sagen wolle: „das war es und jetzt schnell weg, mehr sage ich nicht, es hat mich genügend Anstrengung gekostet, mich derartig gut zu verkaufen!“

Bei den Beeinträchtigungen durch den Alkohol nennt Herr G. Angstzustände und eine Alkoholunverträglichkeit, die sich entwickelt hat. Ferner sind ihm die Beziehungsprobleme durch den Alkoholismus bewusst. Auch erwähnt er körperliche Einschränkungen und einen Herzinfarkt, den er in der obigen Lebensgeschichte nicht genannt hatte:

„...durch die...durch die Rausche also...ja habe ich Angstzustände bekommen ja? ich habe also dann eine Alkoholunverträglichkeit bekommen also ich habe gar keinen Alkohol mehr vertragen ich habe nicht mehr dieses Erleichterungsgefühl bekommen wie ich es am Anfang hatte und dass ich da etwas habe sondern ich habe da...als wenn man total verwirrt ist ja?...und dann kam es eben auch dazu solche Anlässe wie zum Beispiel das mit der Partnerin ja?...und so Sachen sind dann abgelaufen ja? und deswegen weiß ich auch ich habe eine Alkoholunverträglichkeit jetzt trinkt man nichts mehr das stürzt mich nur wieder in eine neue Krise: und...da habe ich nichts davon habe ich überhaupt keinen keinen ja keinen Lustgewinn: wenn ich ich empfinde keine Lust mehr dabei und nichts mehr das ist mehr Frusttrinken ja?...ja im Moment muss ich sagen geht es mir wieder gut ja?...also im Großen und Ganzen funktioniere ich wieder ja? bis eben ja: ich habe einen Herzinfarkt gehabt muss ein bisschen aufpassen bin sechzig Prozent körper- also schwerbehindert wegen...und solche Sachen also das da muss ich ein bisschen vorsichtig sein ja? also mit mit mit...ja mit körperlicher Anstrengung und so und...ich darf mich da nicht verausgaben ja? weil das merke ich dann schon ja? aber so im Großen und Ganzen geht es mir jetzt wieder gut ja?“(ebd., 3,4)

Auf die Frage nach den Veränderungen durch die Therapie erwähnt er zunächst die Abstinenz. Außerdem spricht er über eine Strafe, die er abzahlen muss:

„...ja durch die Therapie hier habe ich jetzt erst einmal einen Abstand zu der Krankheit also zu dieser Krankheit mit den Drogen halt...und da war ich ja auch längere Zeit trocken aber die Rückfälle da am Schluss haben ja dazu geführt dass ich noch einmal hierher bin, und dass ich das aufarbeiten konnte dass es mir jetzt ja: dass dann natürlich sehr viel den Bach hinuntergelaufen ist durch diese...Anzeigen der Schaffnerin also...mit dieser

Gerichtsverhandlung da habe ich dann Bewährung bekommen...vier Monate Bewährung auf drei Jahre ja? da ist natürlich schon wieder also Schaden entstanden auch finanziell aber den das ist alles noch überschaubar und...da bin ich dabei das zu klären das abzuführen ja? ...und...also ich denke das kann ich bewältigen und dann sehe ich auch zuversichtlich in die Zukunft ja? also damit kann ich leben.“(ebd., 4)

Zum Schluss zieht er noch ein Fazit bezüglich seines Lebens. Aus einer aktuellen Situation hat er die Erfahrung gemacht, dass auch er verletzlich ist. Jedoch sagt er anschließend, dass er seine Vergangenheit akzeptieren und sein Leben von einem neutralen Standpunkt aus betrachten könne:

„...durch die Therapie: also da ich ja in Therapie bin: ja? habe ich ja eine ähnliche Struktur schon gehabt wie ich trocken war hat das auch gut funktioniert, aber durch die emotionale Krise da mit mit mit Gefühlen und solchen Sorgen ja mit Frau und mit Egoismus von mir oder was also ich das war alles zuviel und ja das jetzt bin ich gerade erst wieder konfrontiert worden mit so einer Situation und da habe ich gemerkt dass ich da nicht so einfach mit umgehen kann ja? dass ich da schon irgendwie auch verletzlich bin und...dass ich das nicht so leicht wegstecken kann, und...das habe ich aber jetzt mittlerweile also als meine Vergangenheit akzeptiert und ich habe das abgelegt ja? ich denke da kaum noch dran also und wenn dann anders also so von einem neutralen Standpunkt aus ja? also das berührt mich nicht mehr so...“ (ebd., 4,5)

Herr G. widerspricht sich hier ein bisschen. Denn auf die Feststellung, dass er auch verletzlich sei, folgt die Aussage, dass er das alles „abgelegt“ (ebd., 5) habe und sein Leben neutral betrachten könne. Dies relativiert er in seinem Schlusssatz, in dem er sagt es, „berührt mich nicht mehr so.“

Eventuell möchte Herr G. gerne, dass er gefühlsneutral auf sein Leben blicken kann, aber es kommen doch immer wieder Emotionen durch, oder durch aktuelle Situationen werden auch emotionale Erinnerungen geweckt. Das möchte er nicht an sich ,herankommen lassen‘.

Vermutlich haben die Drogen auch die Funktion in seinem Leben erfüllt, dass er belastende und unangenehme Wahrnehmungen ausgeblendet hat. Er wollte über den „Dingen stehen“, „nichts kann ihn berühren.“(ebd., 5)

Das macht auch nochmals die Erlebnisperspektive deutlich, aus der heraus er seine Geschichte erzählt. Immer bemüht um Distanz zu den Ereignissen, vor allem werden emotional belastende Erinnerungen möglichst umgangen und ausgeblendet.

Die Fremdsicht:

Der Therapeut erzählt von einer normalen Kindheit des Herrn G. und von seinen Drogenerfahrungen:

„...Also, soviel ich weiß, ist Herr G. in einer ganz normalen Familie aufgewachsen, er hatte Mutter und Vater. Ich glaube keiner von beiden hat getrunken. Seine Mutter lebt auch heute noch und es besteht ein guter Kontakt. Vor allem hilft sie auch mal bei finanziellen Problemen...ansonsten hat der R. eine Lehre gemacht als Starkstromelektriker und hat dann in der Jugendzeit und so die Zeit bis 30 viel mit illegalen Drogen zu tun. Er hatte auch Heroin genommen und ansonsten alles was es auf dem Markt so gab.“(Therapeuteninterview G, 1)

Dann folgt eine Aussage, welche die Vermutungen, die weiter oben geäußert wurden, bestätigt:

„...Obwohl er schon viel Therapieerfahrung hatte gibt er eher wenig Preis von sich.“(ebd., 1)

Der Therapeut berichtet weiter, dass das Leben in der ‚Szene‘ bei ihm eine wesentliche Rolle gespielt habe:

„...Er hatte wohl ein ziemliche Szeneleben mitgemacht, hat auch gedealt um sich seinen Eigenbedarf leisten zu können...“ (ebd., 1)

Dann erzählt er von einer längeren Beziehung, aus der eine Tochter hervorgegangen ist. Herr G. hat in seinen Erzählungen von einer anderen Beziehung gesprochen. Jedenfalls ist er auf diese Beziehung nur andeutungsweise und am Rande eingegangen. Vielleicht hat er dies getan, um zu vermeiden, dass er mit Emotionen in Berührung kommt. Und diese Beziehung beeinflusst ihn bis heute, da noch Kontakt zur Tochter besteht:

„...ja also und dann kam es zu einer längeren Beziehung während der er sich etwas zurückgehalten hatte mit Drogen. Er hat eine gemeinsame Tochter mit seiner Frau und dann ging die Beziehung in die Brüche aber über die Umstände weiß ich kaum was vermutlich und so wie ich den R. einschätze hat da der Konsum...schon auch so seinen Beitrag geleistet...und ich denke schon, dass ihn die Sache mit seiner Frau, also die Trennung damals sehr nachgegangen ist...er hat über die Tochter noch einen gewissen Kontakt mit ihr, also ich glaube sie waren an einigen Erprobungstagen zu dritt unterwegs...und da ist er schon immer ganz stolz, wenn er wieder kommt und zumindest für einige Tage ‚Papa‘ war.“(ebd., 2)

Ferner erlebt der Therapeut Herrn G. auch als wenig emotional und sehr distanziert:

„...seine Exfrau war wohl ziemlich oder ist ziemlich gebildet und das fällt mir bei ihm auch auf er ist einer der Wenigen der viel liest und er sich auch gerne versucht gehoben auszudrücken, aber so richtig verstehen tut er manches dann doch nicht und das ist auffällig er ist sehr auf der kognitiven Ebene unterwegs. Er ist sehr weit weg von direkten Gefühlen ich habe ihn nur sehr selten mal direkt und authentisch erlebt also er umschreibt einfach sehr gerne und schwebt so ein bisschen auf eine Wolke vor sich her.“(ebd., 1)

Der Therapeut erwähnt auch das gescheiterte Verhältnis zu dieser Frau aus der Therapie:

„...und wie gesagt, also danach hat dann mehr der Alkohol also ich meine danach hat er dann vermehrt zum Alkoholtrinken angefangen...das ging dann bis zur letzten Therapie als er in der Außenwohngruppe war und dort dann ein Verhältnis mit einer Putzfrau anfing das war dann eine Zeit lang heimlich und irgendwann ist es auseinandergegangen und er ist ausgerastet, hat einen heftigen Rückfall gebaut und dadurch kam das dann auf was schließlich zur Entlassung führte und dadurch kam er zu uns.“(ebd., 1)

Der Therapeut ergänzt noch zusammenfassend:

„...aber so von seinem Lebenslauf her ist er phasenweise schon sehr krass unterwegs gewesen, er hatte auch Zeiten in denen er auf der Straße gelebt hat!“(ebd., 2)

Zu den Beeinträchtigungen zählt der Therapeut vor allem kognitive Defizite. Außerdem glaubt er, dass dies für die Tochter sehr belastend sei. Und an dieser Stelle wird wieder deutlich, dass Herr G. seine Tochter und das Verhältnis zu ihr nicht erwähnt hat:

„...also bei ihm liegen ganz deutliche hirnorganische Veränderungen vor er ist einfach extrem langsam die Geschwindigkeit der Denkvorgänge ist deutlich ja manchmal richtig offensichtlich verlangsamt das merkt man in Gesprächen er ist dann immer sehr weitschweifig und es dauert bis er seine Sachen rausbringt dabei ist das Gedächtnis noch einigermaßen o.k. aber was so Flexibilität angeht da ist er schon ganz schön beeinträchtigt ich glaube auch dass das für die Tochter ganz schön heftig ist weil das wird sie auch merken...“(ebd., 2)

Als weitere Beeinträchtigungen nennt der Therapeut die Einbußen in der körperlichen Belastbarkeit, die er offensichtlich nur oberflächlich akzeptieren kann:

„...naja und ansonsten ist die Belastbarkeit nicht mehr so hoch er musste die Arbeit auf dem Pferdehof abbrechen weil er überfordert war und das ist nicht so einfach zu akzeptieren...also er hatte damals zwar gesagt dass er das hinnehmen muss wenn man einen solchen Lebensstil führt, dass da Folgeerscheinungen da sind aber ich glaube dass ihn das schon wurmt...“(ebd., 2)

Durch die Therapie hat sich Herr G. wieder stabilisiert und auch Verbesserungen im kognitiven Bereich erlangt. Besonders der Kontakt zur Tochter ist ein guter Erfolg:

„...also das ist bei ihm schwer zu sagen. Auf mich wirkt er so wie wenn er insgesamt zufriedener ist er hat sein Zimmer seine Musik kann arbeiten hat einen Rhythmus und das allein tut ihm sichtlich gut also ein Wachstum an innerer Stabilität die kognitiven Dinge sind glaube ich auch etwas besser geworden im Rahmen einer möglichen Entwicklung er ist nicht mehr ganz so weitschweifig was super ist und das hat er mit eigenem Engagement geschafft dass er den Kontakt zur Tochter wiederhergestellt hat das ist echt ein Hammererfolg...“(ebd., 2)

Der Therapeut hegt Zweifel, ob Herr G. es schafft, wieder ein selbstständiges Leben zu führen:

„...er muss ja noch eine Zeit lang hier bleiben weil er Therapie statt Strafe hat also er hat da im Suff eine Schaffnerin angemacht die ihn beim Schwarzfahren erwischte hat und auch noch eine Geschichte wegen Diebstahl oder Sachbeschädigung und da muss er auf der Gemeinde auch Stunden machen...also so gemeinnützige Arbeit. Aber das außerhalb der Therapiezeit für so 2 Stunden die Woche naja und wenn er das abgeleistet hat wird er wohl noch mal einen Versuch starten über eine betreute Wohnform einen weiteren Schritt in die selbstständige Lebensführung zu machen ob er es schafft keine Ahnung es wird halt schwer vor allem was die sozialen Kontakte angeht.“(ebd., 3)

Zusammenfassung:

Herr G. erzählt seine Geschichte sehr sachlich und umgeht ganze Ereignisse oder lässt sie teilweise aus, und zwar jene, die ihn noch emotional berühren. Er ist bemüht um eine neutrale Darstellung seiner Biographie, jedoch wird an einigen Stellen deutlich, dass dies nicht ganz seinem Erleben entspricht. Insbesondere werden ganz markante Punkte ausgeblendet, wie etwa das Verhältnis zu seiner Tochter und zu seiner Exfreundin. Auch der Tod einer früheren Freundin wird nur in einem kurzen Satz erwähnt.

Darüber hinaus ist er stark von der Hippieszene beeinflusst worden und hat dementsprechend weiche und harte Drogen konsumiert. Der Alkohol kam erst in einer späteren Lebensphase dazu.

Über seine hirnorganischen Beeinträchtigungen ist sich Herr G. nicht bewusst.

Er verfügt über langjährige soziotherapeutische Erfahrung.

Interpretation Person H

Soziodemographische Daten:

Herr H. ist 41 Jahre alt, er ist Scheidungskind. Seine Mutter ist gestorben, als er zehn Jahre alt war, danach ist er zu seinem Vater gezogen. Er hat noch eine Schwester.

Herr H. schildert seine Kindheit als problemlos, bis im zehnten Lebensjahr seine Mutter starb. Dies war ein einschneidendes Erlebnis, er selbst bezeichnet es als „psychischen Knax“ (Interview H, 1):

„...na ja es war einfach so ich bin im Ruhrgebiet zur Welt gekommen und ganz normal zur Schule gegangen und war ein so genanntes Schlüsselkind so das heißt also ja bin also den ganzen Tag draußen herumgefedt ja? ziemlich frei; habe eine Schwester die drei Jahre jünger ist als ich; und in der Schule und so da war alles in Ordnung, bin zur Realschule gegangen; ja und dann ist meine Mutter gestorben da war ich zehn Jahre alt ja? und dann bin ich zu meinem Vater ins Saarland gezogen...und zu meiner Stiefmutter und das war natürlich dann da bin ich dann äh in der Freiheit total eingeschränkt gewesen so weil die eben so so ein bisschen high-society-mäßig drauf waren so und das war total krass ja? das war für mich ein psychischer Knax schon ja?“ (ebd., 1)

Sein weiterer schulischer und beruflicher Werdegang ist sehr zerrüttet und von vielen Versuchen und Abbrüchen geprägt. Er fängt auch sehr bald mit dem Konsum von Alkohol an und fühlt sich bei den „Pennern“ der Stadt wohl, im Gegensatz zu den verschiedenen Erziehungsheimen, in denen er lebt:

„...mit fünfzehn habe ich dann die normale Hauptschule verlassen bin von der Realschule wieder runter ja? die normale Hauptschule verlassen so und dann habe ich eine Lehre als *Maurer angefangen da war alles normal da war ich das erste Mal aus diesem Knast praktisch draußen ja? also das erste Mal von zu Hause weg wieder ja? und das erste Mal wieder Freiheit und so ja und da habe ich mit dem Alkohol angefangen so also da hat es mich einfach irgendwie zu den Pennern da hingezogen ja? und mit denen bin ich auch herumgezogen; ja und dann aus *Saarbrücken abgehauen da hatte ich dann meine Lehrstelle verloren auch na ja und dann bin ich ins Erziehungsheim gekommen ja? für schwer Erziehbare so und das war

also wirklich wie ein Jugendknast war das, und da war ich da war ich nicht lange ich bin dann von einem Heim ins andere weil ich überall abgehauen bin ja? bis ich in *Stuttgart gelandet bin, und in *Stuttgart war ich relativ frei vor allem weil ich einen Job gefunden habe so als Tagelöhner in einer Brauerei ja?“(ebd., 1)

„hin und her so; na ja und gejobbt halt ja? also eine Ausbildung habe ich noch einmal angefangen als *Heizungsinstallateur habe ich aber auch geschmissen, mit achtzehn weil ich mit achtzehn auf die Idee gekommen bin wieder ins Ruhrgebiet zurückzugehen zu meiner Verwandtschaft aber weil mir meine Kumpels gefehlt haben bin ich wieder zurück; na ja und wie gesagt gejobbt ja?“(ebd., 1)

Den Alkohol hatte er immer in Kombination oder im Wechsel mit Cannabis konsumiert:

„...Brauerei ja? na ja und so da gibt es ja auch viel Bier ja? und da habe ich dann auch das Kiffen angefangen ja? und das Kiffen das war für mich die Möglichkeit...na ja es hat halt gepasst ja? also ich habe da irgendwie dann zwanzig Jahre lang praktisch den Alkohol und das Kiffen ausgeglichen ja? habe es als Gegengift genommen praktisch ja?“ (ebd., 1)

Das Leben von Herrn H. ist durch viele Gefängnisaufenthalte geprägt. Sein erster Aufenthalt ist noch etwas Besonderes, weil er als Jüngster seine Erfahrungen unter lauter Erwachsenen sammelt. Es klingt fast ein bisschen Stolz heraus, dass er das für sich gut bewältigt hat:

„...und dann ist Knast dazwischengekommen, ich habe dann halt Einbrüche gemacht Serieneinbrüche, habe dann das erste Mal siebenundzwanzig Monate am Stück machen müssen und habe auch meine erste Alkoholtherapie da angefangen, die habe ich abgebrochen...weil meine Freundin mit mir Schluss gemacht hat nach zwei Monaten also weil sie nicht mehr warten wollte weil ich im Knast war oder auf Therapie war ja? und das war für mich ein Grund dann abubrechen sofort ja? na ja und dann bin ich im Knast gelandet so und man kann sagen weil ich schon erwachsen war es war ein Erwachsenenknast so da war ich der Jüngste so von zwölfhundert Knackis ja?...na ja und da musste ich mich natürlich durchsetzen das habe ich mit dem Kopf gemacht und mit meiner frechen Klappe ja?“(ebd., 2)

Sein Leben verläuft weiterhin sehr unruhig. Verschiedene Straftaten bringen ihn immer wieder ins Gefängnis:

„...na ja also dann habe ich mir einen Job gesucht...habe wieder Jobs gesucht und so ging das eigentlich zwanzig Jahre lang bis ich dann irgendwann einmal; also Knast zwischendurch immer wieder; ja und und Schlägereien und und was weiß ich alles, es war einfach ständig Action pausenlos ja? eine Beziehung nach der anderen...das war echt der Hammer; na ja und dann bin ich irgendwann habe mich dann entschlossen habe achtzehn Monate im Knast abgesessen wegen nein zwanzig Monate waren das wegen räuberischer Erpressung in minderschwerem Fall ja?“ (ebd., 2)

Es fällt auf, dass Herr H. seine Straftaten sehr nüchtern aufzählt, ohne wirkliches Schuldbewusstsein oder Reue zu zeigen. Er wirkt dadurch eher sehr ‚abgebrüht‘, als ob er sich in seinem Milieu mit einem ‚Kumpel‘ unterhält.

Durch einen Kontakt im Gefängnis kommt er mit der Droge Heroin in Verbindung:

„...da habe ich eben die Monate abgesessen so...na ja...und dann habe ich im Knast so das Age kennen gelernt ja? und...da war auch keine Sucht: da also es war irgendwie halt nicht so dass ich das jetzt gebraucht hätte oder so, ja und durch Zufall habe ich dann noch einen Zellenkollegen gehabt der hochgradig ein Junkee war und so, und dann haben wir pausenlos diese Gespräche gehabt so ja? und sind immer wieder darauf gekommen; na ja und ich habe dem dann versprochen weil ich weiß nicht der ist mir so vorgekommen wie ein kleiner Bruder der war zehn Jahre jünger als ich und ich habe auf ihn aufgepasst im Knast dann...ich habe dem versprochen dass ich ihm etwas hereinkommen lasse ja? dann habe ich siebenhundert Mark oder was Entlassungsgeld gehabt und habe dafür nur dafür: Age gekauft ja? aber der Mann der es hineinbringen sollte der hat plötzlich Angst bekommen und...ja dann saß ich mit dem Zeug da ja?...dann habe ich zum ersten Mal gespritzt so, ja und das ging aber nur so eine Woche oder was dann habe ich die ganze Kohle durchgebracht und habe sogar noch irgendwie Geld organisiert so, und dann na ja war ich auf jeden Fall am Ende so da habe ich keine Wohnung mehr gehabt gar nichts mehr ja? nur noch eine Tasche und das Entlassungsschreiben und sonst nichts mehr...“ (ebd., 2)

Eine weitere Lebensstation ist dann Bamberg. Dort fängt er an, Zeitungen zu verkaufen. Er rutscht aber auch tiefer in die Drogensucht mit Speed und Heroin hinein:

„...und dann habe ich mich in den Zug gesetzt und bin nach Bayern...weil ich da einen Kumpel gehabt habe ja?...und so bin ich nach Bamberg gekommen so, dann habe ich in Bamberg gejobbt so...so Tagelöhner und so habe auch einen guten Job erwischt aber dann habe ich den ersten Gichtanfall gehabt so morgens in der Früh ja? und dann musste ich da aufhören also musste ich nicht aufhören aber die haben mich dann sofort hinausgeschmissen weil die gedacht haben ich bluffe ja? ja und dann habe ich die Straßenzeitung kennen gelernt und so und...Schreiben das war zwanzig Jahre lang habe ich so etwas gesucht und eine Möglichkeit da irgendwie alles herauszulassen und damit es mir gut geht und so, also dann bin ich halt eingestiegen ja? und das Verkaufen das ist mir am Anfang noch nicht so leicht gelaufen also ich habe es nicht gekonnt die Leute anquatschen...na ja aber dann war ich wieder gezwungen irgendwie Zeit herumbzubringen das wollte ich ja auch nicht ja? dann habe ich eine kennen gelernt die hat mir dann Methadon gegeben das ist so amphetaminmäßig und da habe ich unheimlich gut quatschen können ja? und da habe ich einen dermaßen großen Erfolg gehabt beim Verkaufen von der Zeitung was ich dann gleichzeitig probiert habe noch einmal...dass ich dann dabei hängengeblieben bin dass sich also mein Hängeschild praktisch aufgebaut hat ja? vor allem war da auch ein Idealismus dahinter...anfangs; na ja und dann hat sich das mehr oder weniger eingebürgert bis zu zehn Jahren also das hat sich schon eingebürgert, allerdings bin ich dann also im ersten Jahr habe ich noch Schwierigkeiten gehabt überhaupt etwas zum Kiffen aufzutreiben in Bamberg ist das erst nach einem Jahr der Fall gewesen, und da habe ich innerhalb von drei oder vier Monaten praktisch so viel Vertrauen auf der Szene gehabt dass die Leute sogar bei mir gekauft haben also ging es dann drunter und drüber ja? und mit dem Verkauf von den Zeitungen und mit dem Verkauf von dem Speed habe ich quasi mein eigenes Dings finanziert ja? also ich bin dann auf Age gekommen mit Speed habe ich angefangen so der ist ausgegangen und dann bin ich auf Age gekommen...“(ebd., 3)

Er hat sich in Bamberg im Rahmen seines Milieus, in dem er sich aufhielt, etwas aufgebaut. Innerhalb kurzer Zeit haben viele Leute Vertrauen in ihn gesetzt und Drogen von ihm gekauft, worauf er stolz ist. Jedoch reicht vermutlich das Geld nicht für das Heroin, denn er erzählt weiter, dass er wegen einer weiteren Straftat wieder ins Gefängnis bzw. in die Forensik musste:

„...na ja und so ging das halt ab so bis ich irgendwann einen Einbruch gemacht habe wieder und dann wieder in den Knast gekommen bin und in die Forensik und das habe ich aber noch

nicht gekannt so den...und so etwas na ja, das war dann halt eine längere Zeit da war ich vierzehn Monate bin dann aus der Forensik raus na ja und dann ging es wieder los mit der Junkeezeit also ich bin dann in Bamberg nie mehr ohne Age ausgekommen ich habe da zu viele Leute gekannt...na ja und jetzt ging es dann wieder Knast rein Knast raus und Age und Alkohol und was weiß ich und irgendwann habe ich dann eine Verkaufssperre bekommen von der Zeitung und das ist der Grund weshalb ich dann hierher gekommen bin, das sagt schon alles...“(ebd., 3)

Wichtig ist Herrn H., noch auf seine zahlreichen Beziehungen hinzuweisen:

„...und beziehungsmäßig wie gesagt also das waren bestimmt was weiß ich wieviele Frauen ich weiß es wirklich nicht mehr, ich weiß nur dass ich da gar keine längeren Sachen angefangen habe weil ich...gewusst habe dass es den Bach hinuntergeht solange wie ich noch drauf bin.“(ebd., 4)

Die Lebenserzählung des Herrn H. ist vor allem durch die Elemente *Gefängnis*, *Drogen*, *Alkohol* und *Frauen* geprägt. Besonderheiten in seinem Leben sind der Zeitungsverkauf und das Schreiben. Seine Lebenserzählung enthält kaum Bewertungen und Reflexionen, es ist wirklich mehr eine sachliche Aufzählung von Ereignissen.

Durch die Abhängigkeit gibt Herr H. körperliche Beeinträchtigungen an, von denen er sich aber im Gefängnis wieder erholt hatte:

„...also ich persönlich finde dass ich überhaupt keine Beeinträchtigung habe außer vielleicht körperlich gehabt hatte: aber das habe ich ja durch den Knast praktisch durch den Knast habe ich das ja wieder...also da konnte ich ja wieder gesund werden praktisch und ich war oft im Knast also es waren zwölf Jahre wo ich insgesamt Haft hinter mir habe und fast jedes Jahr einmal irgendwie also ich habe mich da praktisch kuriert da drinnen ja?“(ebd., 4)

Durch die Therapie hat Herr H. erfahren, dass er auch ohne Drogen und Alkohol leben kann und er schöpft etwas mehr Hoffnung. Jedoch sieht er auch die negativen Seiten des beschützenden Rahmens der Therapie:

„...sagen wir einmal so im Prinzip dahingehend dass es auch ohne geht...das ist gekommen so ja?...na ja mehr Hoffnung vielleicht...aber es schwankt also...dass ich eben ganz einfach weiß dass ich hier in einer Glaskugel bin und dass wenn ich rauskomme dass ich dann die ganzen Probleme wieder habe, und manchmal denke ich mir sogar dass eine Therapie negativ ist...weil ich mir denke dass ich soweit abgeschottet bin hier dass ich in die ganzen Probleme draußen gar nicht mehr einsteigen kann wenn ich nicht aufpasse ja? weil ich muss mich darauf einstellen dass ich da draußen zu kämpfen habe und das ist richtig und deswegen ist das wichtig dass ich nicht zu lange bleibe, draußen geht es ab draußen geht der Kampf ab aber nicht hier!“(ebd., 4)

Über seine Zukunft ist er sich noch nicht sehr im Klaren. Er möchte den Führerschein machen und Geld verdienen:

„...weiß ich noch nicht, Fragezeichen absolut gar nichts weiß ich da also das mit Bernau das würde ich eigentlich einschlafen lassen wollen mit der Freundin da weil das nichts ist oder wahrscheinlich nichts ist was weiß ich?...da ist irgend etwas bei ihr jetzt die ist jetzt praktisch jetzt hat sie mich gesehen und...mit sich selbst hat die auch Probleme und ich; keine Ahnung; ich denke da auch nicht mehr darüber nach jetzt, ich lebe einfach weiter jetzt in der Gegenwart warte bis ich im März herauskomme und dann weitermachen, Geld machen...also Führerschein will ich machen das ist das erste was ich draußen angreife das will ich unbedingt machen ja? den habe ich noch nie gehabt und mir ist halt jetzt in den letzten Monaten klar geworden dass ich ohne Führerschein nirgendwo hinkomme und dass es wichtig ist, das heißt ich werde meinen Kreis nicht mehr nur auf eine Stadt beschränken sondern ich werde mich praktisch noch weiter vergrößern so irgendwie also dafür brauche ich den einfach das ist meine Planung für die Zukunft mal sehen; Geld machen das Übliche halt...ohne Kohle ohne Moos nix los; ja und wie ich das mache das weiß ich jetzt auch noch nicht weil es kommt ganz darauf an wie sich bis dahin die Arbeitsmarktpolitik bei uns verändert hat und und und, das sind verschiedene Faktoren, also ich meine ich bin es gewohnt zu schnappen was ich schnappen kann und da bin ich flexibel, also versuche ich einfach einmal irgend etwas ja? das fängt an mit dem best bezahlten Job natürlich...ich habe früher die Idee gehabt mich selbstständig zu machen ich meine vielleicht greife ich so etwas auch heute wieder einmal auf aber das ist ein weiter Weg noch und absolut unreal...momentan ja? da kann ich wirklich nur ein Fragezeichen hinsetzen...schauen wir einmal, keine Ahnung.“(ebd., 4,5)

In dieser Passage kommt eine zentrale Lebenserfahrung und -einstellung zum Vorschein. Er hat immer versucht, sich irgendwie durchzuschlagen ohne langfristig zu planen. Und genau so sieht seine Planung diesmal aus.

Die Fremdsicht:

Der Therapeut fasst kurz das Leben des Herrn H. zusammen. Er erzählt auch, dass Herr H. vor der stationären Therapie ziemlich abgebaut hatte und verwahrlost gewesen war. Dies hat Herr H. in seiner Erzählung nicht erwähnt:

„Herr H. ist in normalen Verhältnissen aufgewachsen, jedoch ließen sich seine Eltern in jungen Jahren scheiden. Er wohnte dann bei der Mutter, als diese starb musste er zum Vater. Das hat nicht gut funktioniert. Er musste dann in ein Erziehungsheim. Und auch da gab es Schwierigkeiten. Er ist immer wieder abgehauen und musste dann auch in andere Erziehungsheime. Als Jugendlicher hat er schon mit Kiffen und Alkohol angefangen. Sein Leben war geprägt durch viele Gefängnisaufenthalte wegen Schlägereien und Diebstahl und Dealerei. In den Jahren zwischen 20 und 30 spielte wohl der Alkohol eine große Rolle und er hatte auch Entzugerscheinungen. In den letzten Jahren kamen dann auch illegale Drogen wie Heroin hinzu. Er hat sich wohl immer wieder mit irgendwelchen Jobs durchgeschlagen und zeitweise auf der Straße gelebt. Die letzten Jahre war er bei einer Obdachlosenzeitschrift. Jedoch ist er da dann zuletzt ziemlich abgestürzt und verwahrlost...also nach Angaben seines Ansprechpartners der Zeitung zu dem er heute noch Kontakt hat...und deswegen bekam er auch eine Betreuung.“(Therapeuteninterview H, 1)

Ferner erzählt der Therapeut von den Fähigkeiten, die Herr H. sich im Laufe seines Lebens erworben hat:

„...er hat auf der Straße gelernt wie er sich über Wasser halten kann dazu hat er vor allem Fähigkeiten entwickelt sich darzustellen und Leute von sich zu überzeugen er kann einen also wirklich zutexten und er neigt dabei sich sehr gut zu verkaufen er ist eigentlich überhaupt nicht dumm, er hat es im Leben vor allem nicht geschafft etwas durchzuhalten.“(ebd., 1)

Zu den Beeinträchtigungen durch den Drogen- und Alkoholmissbrauch zählt der Therapeut Persönlichkeitsstörungen:

„Herr H. hat durch die Drogen und den Alkohol vermutlich auch durch sein Leben in der Szene Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Kompetenzen was ihm vor allem fehlt ist ein Gefühle für den Gegenüber er verliert sich oft in eigenen Gedanken und Worten ich würde sagen er hat starke narzisstische Persönlichkeitsanteile es kann bei aber auch im Sinne einer frühgestörten emotional-instabilen Persönlichkeit manchmal schnell kippen hirnorganische Beeinträchtigungen möchte ich nicht ausschließen.“(ebd., 1)

Diese Persönlichkeitsveränderungen sind Herrn H. nicht bewusst.

Die wesentliche Veränderung durch die Therapie ist bei Herrn H. ein Zugewinn an innerer Stabilität:

„er ist ruhiger geworden und hat an innerer Konstanz gewonnen auch gesundheitlich hat er sich stabilisiert er kippt auch emotional nicht mehr so sehr.“(ebd., 1)

Die Zukunft des Herrn H. schätzt der Therapeut positiv ein:

„...er möchte in eine eignen Wohnung ziehen seinen Führerschein machen und ein normales Leben anstreben ob das realistisch ist ist bei ihm schwer zu sagen denn er verfügt schon noch über gute Ressourcen wenn er eine Arbeit findet die ihm gefällt dann traue ich ihm den Schritt in ein geregeltes Leben zu.“(ebd., 1)

Zusammenfassung:

Herr H. hat neben dem Alkohol auch noch andere Drogen konsumiert. Er war vor allem auch von Heroin abhängig.

Sein Leben erzählt er sehr sachlich und emotionslos, obwohl er sehr viel erlebt hat. In seiner Jugend war er in mehreren verschiedenen Erziehungsheimen. Im weiteren Verlauf war er immer wieder in Straftaten verwickelt und saß immer wieder im Gefängnis ein. Er konnte sich dadurch nichts Kontinuierliches aufbauen.

In seiner Erzählung taucht jedoch kein Schuldbewusstsein oder Reue in Bezug auf seine Delikte auf. Dies wird ebenso nüchtern und kühl berichtet wie der Rest seines Lebens. Somit

kann man davon ausgehen, dass im Leben des Herrn H. Gefühle keinen besonderen Stellenwert hatten. Durch das Leben auf der Straße und die Drogen wurden auch viele Beziehungen eher zu Zweckgemeinschaften, um sich durchzuschlagen.

Interpretation Person I

Soziodemographische Daten:

Herr I. ist 39 Jahre alt. Er hat keine Geschwister und ist bei seinen Eltern aufgewachsen. Er befindet sich seit über einem Jahr in der stationären Soziotherapie.

Herr I. hatte bereits in sehr jungen Jahren mit dem Alkoholkonsum begonnen. Als Einstiegsereignis benennt er einen Geburtstag seiner Großmutter. Dieser Tag war für ihn vermutlich die erste richtig prägende Berührung mit Alkohol, wenngleich er bereits während der Schulzeit Alkohol getrunken hatte. Er erklärt, dass dies für ihn und seine Schulfreunde normal war:

„...ich heiße *Müller *Otto bin *1967 geboren in *Würzburg Stadtteil *Grombühl und dort bin ich aufgewachsen bis ich zwanzig Jahre alt war da bin ich dann ausgezogen in eine eigene Wohnung, angefangen hat es mit dem Alkohol dass meine Oma hat Geburtstag gehabt das war ihr fünfundsiebzigster Geburtstag und...und da ist es losgegangen mit dem Alkohol, da haben wir ihn schluckweise immer getrunken und so bin ich immer mehr; dann war das schon täglich auf dem Plan und später immer zwei oder drei; als ich in die Schule gegangen bin da habe ich dann in der siebten Klasse da haben wir schon fröhs das Trinken angefangen vor der Schule auf dem Parkplatz im Park auf der Bank und später in den Pausen haben wir schon Bier getrunken das war ganz normal für uns, nach der Schule sind wir dann wieder in den Park wieder ein bis zwei getrunken dann nach Hause, am Nachmittag wieder ein zwei getrunken; dann habe ich Fußball gespielt war im Verein da waren wir dann auch draußen im Stadtpark gesessen ein zwei getrunken und dann zu Hause auch wieder, bei den Versammlungen bei den Vereinsversammlungen überall; dann bin ich später mit fünfzehn zur Feuerwehr gegangen da war es gang und gäbe da ist man dann überhaupt nicht mehr weggekommen vom Alkohol da ist es immer schlimmer geworden...“(Interview I, 1)

Herr I. erzählt, wie sich sein Alkoholkonsum steigert. Mit 22 Jahren macht er seine erste Entgiftung. Er erzählt aus einer großen inneren Distanz zu sich selbst, sehr sachlich und emotionslos:

„...dann ist die Bundeswehr später noch gekommen da habe ich schon jeden Tag meinen Vollrausch gehabt...da bin ich schon aufgestanden und habe ein Bier gebraucht...bin aus dem Zittern nicht mehr herausgekommen...das ist ein viertel Jahr gegangen bis ich dann entlassen worden bin vom Bund; dann haben sie mir zu einem Nervenarzt geraten da war noch der alte der hat dann noch unterschrieben dass ich nicht mehr dazupasse; und dann hat das angefangen täglich: Alkohol und jedesmal so zehn fünfzehn...in der Lehre schon auch...in der Lehre, zehn fünfzehn später dann zwanzig ungefähr, einen Kasten getrunken in der Clique dann noch und dann ist noch der Schnaps dazugekommen; dann war ich zum ersten Mal bei einer Entgiftung das war 1990 da war ich zur Entgiftung im Krankenhaus nach zwei Wochen entlassen worden ich habe mir nichts dabei gedacht ja?“ (ebd., 1)

Auffallend ist die Bewertung seines Trinkens, denn er sagt, dass er sich „nichts dabei gedacht“ (ebd., 1) habe. In dieser Aussage steckt eine gewisse Abgestumpftheit und Gleichgültigkeit gegenüber den Ereignissen.

Herr I. schildert nun seinen weiteren Lebenslauf, der vom Alkoholismus bestimmt war. Es gab einige kürzere und eine längere abstinenten Phase. Die Ereignisse sind sehr wirr dargestellt und werden oft nur angedeutet. Herr I. tut sich schwer damit, seine Geschichte sprachlich darzustellen. Auch dieser Abschnitt ist auf die faktische Beschreibung des Trinkens beschränkt. Verhältnisse zu anderen Menschen, Konflikte oder Emotionen, welche die Ereignisse begleiten, fehlen gänzlich:

„...ja jetzt habe ich einmal zwei Wochen Pause gemacht das mache ich nicht so! als ich das erste Mal bei der Langzeittherapie war 1992 das war dann in *Sendlingen da haben sie mich in die Arbeit geschickt deshalb habe ich ihnen gleich gesagt es kommt darauf an ob das freiwillig ist oder...und da habe ich halt mein halbes Jahr umgezogen schon eine Zeit lang mitgegangen wieder in die Arbeit gegangen das war nichts; dann bin ich hergegangen und habe gesagt 'also ich arbeite wieder!' haben sie mich gleich entlassen; na ja dann habe ich halt weitergetrunken...dann habe ich weitergetrunken jahrelang; dann habe ich zwischendurch auch wieder Entgiftungen gemacht *Würzburg *Nürnberg *Bayreuth...aber das waren immer so kurze Phasen nur dann bin ich halt wieder auf meinen Spiegel gekommen; dann später Floss vier Jahre lang praktisch gemacht dort Langzeit, dann wieder Floss das war auch Langzeit das war dann freiwillig und das hat mir mehr geholfen als die erste Therapie, da war ich dann auch drei Jahre trocken...na ja obwohl das später auch auf der Arbeit wieder

angefangen hat weil ich auswärts unterwegs war...da war ich als Bauschlosser unterwegs auf dem Dach...na ja das war dann einmal als wir ein Ding dann bestellt haben ein Radler und der hat mir dann ein Bier gebracht, bis ich es dann gemerkt hatte war es mir auch egal!...einfach dann nach unten gepumpt!...na ja und seitdem habe ich halt wieder angefangen zu trinken, zuerst wieder langsam und dann immer mehr zuerst drei vier Flaschen am Tag dann ist es schon ein halber Kasten geworden dann ein dreiviertel, jede Woche dann, ja und nach vier fünf Wochen war ich dann schon wieder beim Kasten gehangen...am Tag: ja dann war ich auf einer Geburtstagsfeier da habe ich dann auch meinen Führerschein verloren, auch wegen Alkohol mit 3,5 Promille seitdem bin ich dann mit dem Fahrrad gefahren na ja bis zum Schluss...und in der Zwischenzeit war ich auch zweimal zur Entgiftung in *Würzburg kurz hintereinander...mit zwei Monaten Abstand...ja und seitdem bin ich...“(ebd., 2)

Alles das wird erzählt und beschrieben, als wäre es das Normalste der Welt. Es wird weder als gut noch als schlecht bewertet. Es sind weder Schuldgefühle noch sonstige Emotionen zu erkennen. Alles ist geprägt von einem ‚Egal-Gefühl‘, das Trinken stand im Vordergrund und das restliche Leben plätscherte so vor sich hin.

Zu den Beeinträchtigungen zählt Herr I. die Aggressivität im betrunkenen Zustand und in diesem Zusammenhang auch die Straftaten, die er begangen hat:

„...ich bin halt gesprächiger geworden ich bin irgendwie abgegangen...ich habe das gesagt was ich sonst nicht sagen würde, da war ich auch noch ein Aggressiverer und da habe ich auch alles gesagt was mir nicht: gepasst hat!...da ist mir dann alles gekommen: mir ist alles eingefallen was ich immer gewollt habe!...na viel mit dem Gericht mit der Polizei mehr Straftaten die ich normalerweise nüchtern nicht gemacht hätte!“ (ebd., 3)

Zu den Veränderungen durch die Therapien zählt Herr I., dass ihn die Informationen über Folgekrankheiten des Alkoholismus abgeschreckt hätten. Trotzdem hat er immer weitergetrunken. Weiterhin erwähnt er ein Schülercafé, das er wohl zum Schutze der Jugend miterrichtet hat, das er unterstützen will. Hier klingt ganz entfernt etwas wie Verantwortungsbewusstsein an.

Und er meint, dass sich dieses extreme ‚Egal-Gefühl‘ relativiert hätte. Bei seinem Lebenslauf und seinen Erzählungen ist das jedoch fragwürdig, aber offensichtlich erlebt er es subjektiv

so. Vielleicht nimmt er durch die Abstinenz einfach wieder mehr wahr, und die durch den Alkohol verstärkte Gleichgültigkeit reduziert sich:

„...in Floss da ist mir aufgegangen welche Krankheiten der Alkohol auslösen kann da hat man alles: gelernt...Krebs und das ganze Zeug!...und was es an Krankheiten alles gibt...hat mich schon beeindruckt, das war sehr abschreckend!...und lehrreich!...ich wollte mehr und...ich will den weiten Weg zum Schülercafé gehen mehr für Jugendliche da sein ohne Alkohol...Schülercafé, dass sie die Finger vom Alkohol lassen und erst gar nicht anfangen! da ist der Betreuer noch drinnen der mag sowieso nicht dass ich auf der Straße herumhänge,...ich werde das tun was ich will, perfekter, die Denkweise ist anders!...es ist nicht mehr so ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl nachher!“(ebd., 3)

Für die Zukunft wünscht sich Herr I., eine Familie mit seiner Freundin zu gründen:

„...na ich will eine Freundin:...na dann will ich schauen wie lange ich hier bleibe, eine Wohnung auf jeden Fall wieder und eine Arbeit vielleicht noch zusammen mit der Freundin dass wir zusammenziehen, vielleicht heiraten vielleicht Kinder, was will man mehr?“(ebd., 4)

Die Fremdsicht:

Der Therapeut spricht dem Alkoholismus vor allem in der Jugendzeit eine besondere Bedeutung zu: Wer am meisten vertragen hat, der hatte ein großes Ansehen bei den Anderen. Außerdem wollte Herr I. wohl familiäre Probleme durch den Alkoholismus lösen. Familiäre Schwierigkeiten oder andere mögliche Ursachen des Trinkens hat Herr I. in seiner Erzählung völlig ausgeblendet:

„...also ich halte ihn so ein bisschen dass es sich so...so...entwickelt hat also mit Kumpels im Prinzip dass Saufen-Gehen groß angesehen war dass man Ansehen: also durch seine Trinkerei bekommen hat und ich weiß dass er in so einer Jugendgang auch war hat er zweimal erzählt, wo sie dann Schlägereien angezettelt haben wo es ziemlich wild: zugegangen ist fast so mafiamäßig ist es mir ein bisschen vorgekommen wie er es erzählt hat und dass da halt je mehr: man an Drogen vertragen hat Alkohol: vertragen hat um so höher ist man in der Hierarchie aufgestiegen also ja? und das hat sicherlich ganz stark dazu beigetragen auch, sicher auch seine ja Schwierigkeiten die er mit seinem Stiefvater gehabt hat das hat sicherlich

auch einen großen Teil dazu beigetragen dass er es heruntergeschwenkt hat seine ganzen Probleme und seine ganzen seine inneren seine Befindlichkeit einfach die hat er heruntergespült damit; dass das so die zwei Schwerpunkte waren warum er immer mehr getrunken hat...“(ebd., 1)

Bei den Beeinträchtigungen meint der Therapeut, dass Herr I. kein wirkliches Problembewusstsein für sein Trinken entwickelt habe. Dies ist in ähnlicher Weise auch in seinen eigenen Ausführungen deutlich geworden, die aus einer Haltung der Gleichgültigkeit erzählt worden waren:

„...ich glaube der empfindet das nicht so sehr als Beeinträchtigungen er also ich habe ja ein Eingangsgespräch mit ihm geführt und er hat bis zum Schluss gar nicht als großes Problem gesehen den Alkoholismus oder überhaupt als Alkoholismus das betrachtet hat, es ist halt wie ein so Jugendstreich: so kommt es mir vor, er büchst ab und zu einmal aus und macht so ein bisschen ja Gags Jugendgags so wie man als Jugendlicher einmal so pubertiert er hat also Gags gemacht er denkt sich das ist ein Spaß...“(ebd., 1)

Durch die Therapie sieht der Therapeut keine Veränderungen induziert. Er hat den Eindruck, dass diese von Herrn I. benutzt wird, um vor Gericht besser abzuschneiden. Dies bezieht sich auf eine Straftat, die Herr I. in seiner Erzählung überhaupt nicht erwähnt. Vermutlich deshalb, um mit seiner Geschichte trotz aller Trinkerei möglichst gut dazustehen. Und wahrscheinlich ist das Verantwortungsbewusstsein bei ihm auch nicht wirklich vorhanden. Er erlebt sich nicht als wirklich schuldig:

„...also ich kann nichts Wesentliches feststellen was sich verändert hat, eher so wie ich ihn halt erlebe hier dass er eher in eine solche resignative Haltung gegangen ist und er wirkt auf mich sehr verschlossen: dass er eine Phase gehabt hat in der er eher die Therapie benutzt: hat so würde ich das eher sehen benutzt um halt bei seiner Gerichtsverhandlung positiv abzuschneiden auch und als das geklärt war für ihn ist er eher in den Rückzug jetzt gegangen und versteckt sich wieder und sitzt die Zeit so ab so sehe ich das eher also er hat im berauschten Zustand fahrlässig einen Wohnungsbrand verursacht, wo er Glück hatte, dass niemand ums Leben gekommen ist.“(ebd. 2)

Bezüglich der Zukunftsplanung schätzt der Therapeut, so wie Herr I. das selbst tut, dass es in Richtung Familienplanung mit der Freundin geht:

„...ja ihm ist seine Freundin sehr wichtig und ich schätze eher also in Bezug auf den Alkoholkonsum da glaube ich nicht wesentlich dass sich etwas ändert weil eben die Bereitschaft die Motivation nicht gegeben ist meiner Meinung nach und ich sehe die Zukunft eher so dass er mit seiner Frau oder mit seiner Freundin etwas plant vielleicht auch eher Kinder oder Familiengründung so in der Richtung dass es bei ihm gehen wird das ist schon ein Wunsch von ihm mit das ist von ihm geäußert worden das hat er geäußert.“(ebd., 2)

Zusammenfassung:

Herr I. hat Schwierigkeiten, sich sprachlich auszudrücken. Seine Geschichte ist relativ kurz und teilweise sehr zerfahren erzählt. In seinem Erleben fehlt ein wirkliches Schuld- oder Verantwortungsbewusstsein. Er erzählt sein Leben aus einer Gleichgültigkeit und emotionalen Abgestumpftheit heraus. Er hat schon in sehr jungen Jahren massiv Alkohol getrunken und dadurch vermutlich schwere hirnorganische Störungen des Gefühlslebens erlitten. Der Alkohol hatte damals die Funktion, das Ansehen in der Jugendgruppe zu steigern.

Sonstige Probleme oder Konflikte durch den Alkohol werden auch hier völlig ausgeblendet. Nur durch den Therapeuten erfahren wir, dass es wohl auch familiäre Probleme gab, die Herr I. durch den Alkohol lösen wollte.

Durch dieses Ausblenden kann er sich mit seiner Erzählung positiver darstellen. Natürlich ist sein Erleben auch geprägt durch Erinnerungslücken. Nicht unbedingt in der Chronologie der Ereignisse, aber im gefühlsmäßigen Erleben zeigt sich dies. Wenn er die Welt über Jahre nur schwer betrunken wahrgenommen hat, dann hat er viele Dinge nicht wahrgenommen, oder nur mit einer gewissen Gleichgültigkeit erlebt.

Interpretation Person J

Soziodemographische Daten:

Herr J. ist 60 Jahre alt. Er selbst hat keine Geschwister. Er war zweimal verheiratet und hat vier Kinder aus zwei Ehen. Herr J. befindet sich seit drei Jahren in einer stationären Soziotherapie.

Herr J. berichtet, dass er als Jugendlicher kaum Alkohol getrunken habe. Er erzählt von seinem ersten Rauscherlebnis an seinem 16. Geburtstag, als ihm die „Gesellen einen Rausch angehängt haben“ und er dann „acht Tage“ krank war. (vgl. Interview J, 1)

Den Beginn des schweren Alkoholkonsums bringt er mit einem Unfall in Verbindung, den er 1972 erlitten hatte:

„...ja ich bin da in die laufende Kreissäge geraten, gestolpert und dann in die laufende Kreissäge hineingeraten da war der Arm gleich weg...da war ich acht Wochen im Koma fast neun Wochen im Koma gelegen...“(ebd., 1)

Anschließend war er lange krank:

„...erst einmal sagen wir einmal kam bei mir Langeweile auf, lange gearbeitet lange krank gewesen krankgeschrieben gewesen über ein dreiviertel Jahr krank gewesen...“(ebd., 1)

Ein einschneidendes Ereignis mit schweren Folgen. Sicherlich ein Schlüsselerlebnis für die weitere Entwicklung seines Alkoholismus.

Im selben Atemzug erzählt er jedoch von seiner Frau, die ihn mehrmals betrogen habe.

„...und da ist mir hinterher zum ersten Mal bewusst geworden was ich na ja wie soll man das sagen?...dass ich keine Ehefrau gehabt habe sondern eine Nymphomanin, die hat mir Hörner aufgesetzt auf Teufel komm‘ heraus...das kam dann auch noch dazu...Hörner: fremdgegangen

mehrmals fremdgegangen nicht?...das habe ich mir nicht mitansehen können da habe ich dann eine ganze Zeit lang nur noch unter Strom gestanden nicht?“ (ebd., 1)

Was etwas rätselhaft ist, ist die Tatsache, dass ihm die Untreue seiner Frau erst nach dem Unfall so richtig bewusst geworden ist. Er springt von dem tragischen Unglück mit dem Verlust seines Armes zu seiner Frau, auf die er wütend ist. Vielleicht ist das Fremdgehen erst in der Zeit nach seinem Unfall passiert. Jedenfalls gibt er beides als Gründe an, warum er mit dem Trinken begonnen hat. Dabei entsteht der Eindruck, dass der Frau fast mehr Schuld zugewiesen wird als dem Unfall, der sehr sachlich und distanziert dargestellt wird.

Auf Grund der körperlichen Beeinträchtigung hat er jedoch eine Umschulung begonnen. Den Alkoholkonsum konnte er damals noch selbst regulieren. Jedoch kann die Zeitangabe nicht stimmen:

„...und das habe ich aber selbst in mir selbst damals noch in den Griff bekommen; das fing dann an als ich schon hier 1970 nach *Weiden kam zu *Dächert umgeschult damals zum *Großhandelskaufmann...und...ich wollte ja etwas werden: ich wollte ja etwas erreichen:...da konnte man mit dem Alkohol auch nicht so, da konnte man morgens ja nicht mit einem dicken Kopf im Unterricht sitzen da hätte man nichts kapiert:...“ (ebd., 2)

Er hat also wieder neuen Mut geschöpft und sich ein Ziel gesetzt. Schließlich kam es 1976 zur ersten Scheidung. (vgl. ebd., 2)

Er lernt seine zweite Frau kennen und deutet an, dass es wegen des Alkohols zu Problemen kam. Dies lässt seine vorherige Aussage, dass er den Konsum reduziert, und dass er ‚sich selbst‘ wieder in den Griff bekommen habe, fragwürdig erscheinen. Er erzählt:

„...habe dann ungefähr ein halbes Jahr später meine zweite Frau kennen gelernt...tja, 78 dann das zweite Mal geheiratet und...die Frau war grundsätzlich gegen Alkohol da habe ich sowieso kaum etwas getrunken gehabt nichts...ja zwischendurch habe ich schon ab und zu einmal zugegriffen nicht? aber das wollte sie dann nicht: das hat sie nicht gerne gesehen: dann sagte ich `ja gut: lassen wir es sein!` ihr und den Kindern zuliebe und auch der Gesundheit zuliebe...und ich hatte auch gemerkt dass ich irgendwie körperlich auch ein bisschen abgebaut habe damals...“(ebd., 2)

Auch der Hinweis, dass er körperlich schon etwas abgebaut hatte, deutet darauf hin, dass sein Alkoholkonsum doch ziemlich stark gewesen sein muss. Somit ist seine Darstellung verharmlosend, besonders dann, wenn man die weitere Geschichte betrachtet. Seine Frau verlässt ihn zusammen mit den Kindern von einem Tag auf den anderen. Warum sollte sie dies tun, wenn er nur zwischendurch einmal etwas getrunken hätte? Aus Liebe zu den Kindern und wegen seiner Gesundheit gibt er an, weniger getrunken zu haben, jedoch widerspricht sich das. Vermutlich hat er den Unfall und den Verlust der ersten Frau nie überwunden.

Ferner fällt im Folgenden auf, dass er erneut Schwierigkeiten mit den Jahreszahlen hat, was auch auf Jahre hindeutet, die er auf Grund seiner häufigen Betrunktheit nicht so richtig realisiert hat: „...und na ja...ja 84 ist dann ist sie dann weg...83 haben wir uns das Haus gekauft und uns in Schulden gestürzt da haben wir ein eigenes Haus gekauft gehabt, 94 (Logikfehler) ist sie dann abgehauen ist sie weg: da stand ich nur noch vor der leeren Wohnung vor dem leeren Haus und hat noch nicht einmal einen Schlusstrich gezogen, während ich in der Arbeit war hat sie mir das Haus leergeräumt, da war mir dann irgendwie alles egal!...dann habe ich gesagt 'Leute was wollt Ihr?' Frau weg Kinder weg ich habe ja nicht gewusst wo sie ist...mir ging ja auch nicht nur sie ab sondern auch meine Kinder! die gingen mir auch ziemlich ab; na ja dann habe ich schön still und heimlich das Trinken wieder angefangen nicht?...und dann bin ich zum ersten Mal im BKH geblieben...das war 92; ja was habe ich gesagt? 83 84: ist meine Ehe zerbrochen!...nicht 92: 1992 oder 1993!...82 äh 83 ist äh 1984 sind wir geschieden worden...“ (ebd., 2,3)

In seinem Erleben sind es die Verluste von Frau und Kindern, die ihn zum erneuten Alkoholkonsum geführt haben. Außerdem stand er mit Schulden und einem leeren Haus da. Schließlich reagiert er auf diese Überforderungssituation mit einem ‚Scheiß-Egal-Gefühl‘ und fängt an, sich wieder zu betrinken. Streckenweise entsteht wieder der Eindruck, dass die Zeit bis zu diesem Ereignis dahingeplätschert ist, und zwar mit mehr oder weniger viel Alkohol, in seiner Wahrnehmung in einem monotonen, mehr oder weniger berauschten Gefühlszustand. Die Auseinandersetzungen, die es vermutlich auf Grund des Trinkens gab, hat er womöglich in seinem Erleben nicht wirklich wahrgenommen. Vielleicht sind sie auch in seiner Erinnerung wirklich so nicht vorhanden oder er blendet sie bewusst aus.

Jedenfalls beschreibt er seine Reaktion wie folgt:

„...und dann habe ich das natürlich...irgendwie versucht wett zu machen indem ich halt wieder etwas getrunken hatte nicht?“ (ebd., 3)

Vielleicht hat er dieses ‚Wettmachen‘ durch Trinken auch schon vorher so betrieben und hat viele Dinge nicht mehr gesehen.

Er macht dann nach einiger Zeit eine Entgiftung, lernt dort eine neue Frau kennen, reduziert dann das Trinken wieder, bis er schließlich von einem Schicksalsschlag eingeholt wird:

„...bis ich dann auf Anraten von meinem Hausarzt damals...bin ich dann nach *Weiden ins BKH gegangen für zehn Wochen auf Entgiftung...lernte eine Frau kennen dort...tja, sie kannte das sie kannte das Ding mit Alkoholiker...weil ihr Ex-Mann sie war damals auch geschieden, ihr Ex-Mann der war hatte ja wie man so schön sagt zum Frühstück...zum Zähneputzen schon einen...gebraucht...na ja und da hat sie mir natürlich strikt:...untersagt Alkohol zu trinken weil ich habe ihr das gesagt wo ich gewesen bin, weil ich bin wenn ich eine Beziehung aufbaue bin ich für Ehrlichkeit!...und dann sagte sie `ja!` da hatte sie mir sozusagen ein Ultimatum gestellt entweder: sie: oder der Alkohol!...und da sie mir sehr wichtig war habe ich gesagt `das ist in Ordnung ich kann auch auf Alkohol verzichten!`...ist mir zwar am Anfang so ein bisschen schwergefallen trotz meiner Entgiftung...aber ich habe es halt dann doch geschafft ja? dann bis 1998 da ist sie mir dann tödlich verunglückt, und dann bin ich wieder total unter die Räder gekommen...“ (ebd., 3)

Wieder erzählt er, dass er den Konsum reduzieren konnte, aber er erwähnt auch, dass es ihm schwergefallen ist. Auf jeden Fall ist er nach dem plötzlichen Tod dem Alkohol völlig verfallen.

Schließlich kann er sich noch erinnern, dass er bis zur völligen Verwahrlosung dem Trinken verfallen ist. Dies geht solange, bis er zwangsweise in die Klinik eingewiesen wird, weil er nicht einsichtig war und vermutlich sich und die Umgebung nicht mehr real wahrgenommen hat:

„...stand ich ja nur noch unter Stoff da stand ich nur noch unter Alkohol...das ging dann solange bis man...bis man bis man mir (Versprecher) aus der Wohnung herausgeholt hat weil

alles total versifft war, schlimmer als auf der Müllhalde hat es da ausgesehen...und seitdem bin ich dann halt mit meinem Leben nicht mehr klargekommen (Herr J beginnt zu weinen)...ja 2003: 25. 12. 2003:...Zwangseinweisung weil ich habe es natürlich nicht eingesehen!...'was soll ich dort? ich bekomme mein Leben selbst in den Griff!' ja?...wie es halt bei Alkoholikern so ist keiner sieht irgend etwas ein!...ja Dezember 2003 dann hier ins BKH, und seit anschließend bin ich ja jetzt hier: seit 29. 06. 2004 glaube ich!...jawohl: seit 29. 06. 2004 bin ich hier!...' (ebd., 4)

Sein Weg führt ihn in eine stationäre Soziotheapie, in der er sich nun schon seit 3 Jahren befindet.

Als Beeinträchtigungen durch den Alkohol nennt Herr J. körperliche Folgeschäden und meint damit Entzugerscheinungen, die er selbst zunächst nicht mit dem Alkohol in Verbindung bringt:

„...ja: vorallem körperliche Beeinträchtigungen...ich meine ich habe das nicht so als...als Entzugerscheinungen gesehen, im Laufe der Zeit hat man mir beigebracht dass das nun doch Entzugerscheinungen waren, nicht? dass ich da geschwitzt habe wie ein Weltmeister wenn ich da kein Alkohol gehabt habe also bei mir war es nun vorwiegend Bier und Schnaps habe ich ja sowieso nie...so gut wie nie: getrunken, ich stand ja nur auf Bier, dann habe ich geschwitzt wie ein Weltmeister nicht? und...manches Mal ging es morgens schon los mit der Flatterei...und dann habe ich schon meine drei vier Bier gebraucht nicht? bis ich dann wieder normal: wurde nicht?...“ (ebd., 4)

In Zusammenhang mit seiner allgemeinen Verwahrlosung wird an der folgenden Passage deutlich, wie stark doch die Selbstwahrnehmung und die Einsichtsfähigkeit beeinträchtigt war:

„...aber trotzdem eingesehen hätte ich es damals nicht: ich habe immer gesagt 'Ihr spinnt ja:...'ich meine die körperliche Verwahrlosung die war bei mir ja auch dabei, das habe ich natürlich auch nicht eingesehen obwohl man mich oft genug darauf aufmerksam gemacht hat, ich habe mich nur noch gewundert dass man mir...so meine Spezl (Dialekt: Freunde) wie man so schön sagt dass die mich teilweise geschnitten haben wenn ich kam dass die sich woanders

hingesetzt haben nicht? dass ich da alleine im Wirtshaus saß, aber das war mir alles ja total: vollkommen egal ja?...ja dass die Wohnung verwahrlost.“(ebd., 4,5)

Das Erleben von Herrn J. war also geprägt von einem ‚Nichtwahrhabenwollen‘, vielleicht auch von einem ‚Sichnichtmehr wahrnehmenkönnen‘, weil er in einem Suchtkreislauf von Entzug und ‚Weitertrinkenmüssen‘ gefangen war. Die eigene körperliche Verwahrlosung wurde geleugnet und auch wirklich nicht mehr wahrgenommen. Insofern muss das eigene Erleben geprägt gewesen sein von einem Rauschgefühl, von einem ‚Dichtmachen‘ und Ausblenden der Umgebung, sich auf einen inneren Zustand der Betrunkenheit zurückzuziehen. Das Ganze wird bei Herrn J. bestärkt durch eine bewusste gleichgültige Einstellung zum Leben, sodass mögliche Ambivalenzen abgewürgt wurden:

„...na ja und irgendwie meine ganze Einstellung und so weiter die Lebenseinstellung: ist unter aller Sau gewesen, weil ich habe ja nun; wenn mir jemand etwas gesagt hat ‘trinke nicht soviel!’ ‘höre auf mit dem Trinken!’ oder ‘trinke nicht soviel!’ da habe ich meistens gesagt ‘ja was wollt Ihr denn?’ sage ich ‘trinke ich verrecke ich, trinke ich nicht: verrecke ich genauso!’ sage ich ‘ist doch sowieso scheißegal nach mir fragt sowieso kein Mensch!’...“(ebd., 5)

Ferner beschreibt er an einem Beispiel, wie seine Freizeitinteressen der zunehmenden ‚Gleichgültigkeit‘ zum Opfer gefallen sind:

„...ich habe nur alles hingeschmissen: ich war irgendwann im VDK aktiv ich war im Sport aktiv ich habe als Schiedsrichter Spiele gepfiffen bis zur Landesliga hinauf na ja und ich habe ja alles hingeschmissen...“(ebd., 5)

Jedoch erinnert er sich an einen ‚nüchternen‘ Moment in seinem ständig berauschten Dasein, der dazu führte, dass er seinen Führerschein noch besitzt. Von dieser Passage kann man gut auf das Erleben von Herrn J. schließen, das von einem kontinuierlichen ‚berauschten Dahinsiechen‘ geprägt ist und nur durch ganz besondere Ereignisse unterbrochen wird, die zumindest teilweise wahrgenommen und erinnert werden:

„...was ich bis heute so was ich heute: für gut empfinde das ist dass ich meinen Führerschein noch habe im Gegensatz zu anderen ja?...weil da muss ich wohl irgendwie einmal einen Lichtblick gehabt haben...da habe ich gesagt da bin ich am sonntags morgens um sechs in Berlin *Wedding aufgewacht habe überhaupt nicht gewusst wie ich da hingekommen bin, und

den anderen Tag Mon- das war sonntags morgens montags: Morgen da bin ich in die Werkstatt gefahren...da habe ich zweitausend Mark verscherpelt wusste ich auch nicht mehr!...also ich muss sagen ich habe echt Glück gehabt sonst wäre es mir wahrscheinlich wie vielen anderen auch gegangen dass sie meinen Führerschein abgenommen hätten...das ist das einzige wo ich Glück hatte im Laufe der Zeit!“ (ebd., 5)

Durch die Therapie hat Herr J. wieder zu seiner Sauberkeit, zu seiner Hygiene zurückgefunden. Außerdem ist er froh, eine regelmäßige Beschäftigung zu haben, und seine Einstellung gegenüber dem Alkohol hat sich geändert:

„...was hier auf der Therapie? ich was mich verändert hatte, ich meine erst einmal habe ich meinen Weg wieder zurückgefunden zu meiner früheren: so wie es früher gewesen ist Sauberkeit:...vielleicht bin ich sogar dadurch dass ich diesen ganzen ich nenne es einmal Mist: mitgemacht habe da nicht? dass ich mir das hatte selbst zuschreiben können nicht dass ich da dass ich da eher pingelig: bin jetzt, dass ich jetzt darauf achte also nicht nur bei mir sondern bei anderen auch dass ich ich sage also grundsätzlich überhaupt nichts mehr dass es mir manchmal schon auf den Geist geht wenn einer morgens einer da mit einem Bart ankommt und ich `ja Kruzifix habt Ihr denn keinen Rasierer?`...dass mich so etwas stört dann weil irgendwie bin ich dadurch pingelig: geworden oder was!...ich habe zwar früher schon auf Sauberkeit geachtet aber durch meine Sauferei ist das alles verschüttet gegangen und jetzt ist es wieder herausgekommen; ich meine hier in der Therapie was mir natürlich sehr viel Freude macht ist natürlich die Beschäftigung:...weil ich bin Arbeit gewohnt gewesen vor meinem Unfall und nach meinem Unfall...und hier habe ich meine Beschäftigung, hier kann ich arbeiten und ich brauche Arbeit sonst...wird es bei mir kritisch!...und ich meine ich sehe es jetzt ja das Wochenende über oder was wir wir müssen ja nicht immer zur Gruppe ja? entweder ich topfe meine Blumen um oder ich setze mich wieder hin und male ein Bild...irgendwas finde ich immer ja?...meine ganze Einstellung gegenüber dem Alkohol hat sich auch gewaltig verändert...so gerne wie ich ihn früher getrunken habe genauso viel hasse ich ihn heute!“ (ebd., 5,6)

Jedoch erwähnt er nichts von vermehrten Kontakten und man kann vermuten, dass er mehr alleine für sich dahinlebt.

Für die Zukunft plant Herr J. in eine betreute Wohngemeinschaft zu wechseln und ehrenamtlich einer Beschäftigung nachzugehen. (vgl. ebd., 6.7)

Fremdsicht:

Die Therapeutin berichtet von der Kindheit des Herrn J. Er wurde vom Vater viel geschlagen und angeblich einmal vom Onkel sexuell missbraucht:

„...er selbst erzählt dass er...er hatte eine (Versprecher) also leiblichen Vater: seine...Mutter seine leibliche Mutter die wollte ihn wohl nicht die hat ihn bei dem Vater gelassen der dann wieder geheiratet hat...und diese Frau also die Stiefmutter von ihm das war die Person die sich um ihn gekümmert hat...die alles getan hat für ihn...und so weiter; der Vater war wohl recht grob: immer zu ihm also er erzählt er hat wenn: er erzählt da hat er keine gute Minute gehabt bei ihm, er wurde geschlagen er wurde gedemütigt er wurde nur schlecht behandelt...er wurde wohl...als Jugendlicher einmal vom Onkel sexuell missbraucht wie er das erzählt hat muss er also grün und blau geschlagen worden sein dass er ins Krankenhaus gekommen ist...also man hat ihm auch nicht geglaubt...er kann sich an eine einzige positive Sache erinnern die er mit dem Vater erlebt hat...und das nur auf ganz gezielte Nachfrage irgend etwas: muss ja auch einmal gewesen sein was schön war: ja das war ein Motorradausflug den durfte er machen mit dem Vater aber...das war eine Minute dann war das schon wieder vorbei.“(Therapeuteninterview J, 1)

Dies sind natürlich traumatische Erlebnisse, die Herr J. in seiner eigenen Geschichte ausblendet, vermutlich auch aus Scham. Diese frühen Störungen könnten natürlich zu seiner Suchtentwicklung beigetragen haben.

Ferner beschreibt die Therapeutin Unklarheiten bezüglich der Angaben zu seinen Kindern. Hier macht Herr J. offensichtlich widersprüchliche Angaben. Dies verstärkt die Annahme, dass Herr J. in seinen Erinnerungen einige Lücken auf Grund des Alkoholkonsums hat. In seinem Erleben, bei seinem Suchen nach gespeicherten Daten, Fakten und Erlebnissen, kommt er vermutlich auf Grund von Unklarheiten oder fehlenden Zeiten in Schwierigkeiten und verwechselt auch Einiges. Dies ist ja schon bei den Zeitangaben zu den Jahreszahlen aufgefallen:

„...er hat vier Töchter...und das ist alles ganz diffus ganz eigenartig...einmal sind das seine Töchter die er auch mit der Frau hat, dann hat wieder die Frau die Töchter mit in die Ehe gebracht also er erzählt eigentlich jedes Mal etwas anderes oder er...also ich habe es bis heute noch nicht geblickt was jetzt da wirklich ist: übrigens auch der Betreuer nicht...und und dann war auch noch eine komische Geschichte mit irgendeinem Sohn:...der von irgendeiner Frau sein soll also das sind solche Sachen die habe ich noch nicht durchschauen können...zu den Töchtern hat er mittlerweile zu zweien hat er wieder Kontakt dazu muss man dazusagen sie sind aus zwei Ehen...“(ebd., 1)

Ferner ist bei Herrn J. auffällig, dass er die Schuld bei den anderen sucht, insbesondere in Bezug auf die beiden Ehen:

„...beide Ehen sind gescheitert, er war nie: daran schuld, die Frau ist fremdgegangen er hat die wohl auch inflagranti erwischt und...er hat nie das Seinige dazu beigetragen sondern das lag an seinem Arbeitsunfall dass die Frau ihn nicht mehr als...ganzen Mann gesehen hat...wie gesagt zu den Töchtern da hat er zu zweien hat er wieder Kontakt: bei der jüngsten...da sagt er...`die Mutter verbietet ihr Kontakt zu mir zu haben!`...die Tochter ist volljährig und er wollte (interviewte Person lacht) der Frau gerichtlich untersagen...dass sie den Kontakt von ihm zur Tochter verbietet also auch da `die anderen sind schuld...dass ich da getrunken habe weil ich habe das ja nicht ausgehalten!` getrunken...hat er angeblich erst nach seinem Arbeitsunfall den er wohl einmal hatte und er hat da seinen Arm: seinen linken Arm...verloren also in halber Oberarmhöhe; und...dann sind alle sehr schlecht mit ihm umgegangen seiner Erzählung nach und da muss er dann anfangen haben zu trinken...“(ebd., 3)

So ist ja auch bei der Interpretation aufgefallen, dass explizit keine Ereignisse erzählt worden sind, auf Grund derer es zu Problemen mit Alkohol kam bzw. es wurden nur Andeutungen gemacht. Die Therapeutin nennt diesbezüglich einen zentralen Glaubenssatz von Herrn J:

„...`alle wollen mich nicht!`...`ich bin das arme Opfer!` auf dem Stand steht er heute auch noch:...die Geschichte mit seiner...Ehefrau da geht er überhaupt nicht heran also er sieht auch nicht dass zum Scheitern einer Beziehung immer zwei gehören nein: also nur die anderen nur die anderen...“(ebd., 2)

Wenn man sich die Missbrauchserfahrungen der Kindheit ansieht, dann könnte dieser Glaubenssatz in jener Zeit entstanden sein und seine Erlebnisse, besonders die der beiden Ehen, könnten im Sinne von selbsterfüllenden Prophezeiungen verstanden werden.

Eine weitere Schlüsselsituation ist der Tod der dritten Lebenspartnerin, dies entspricht auch den Darstellungen von Herrn J. (vgl. ebd., 2,3)

Die Geschichte mit der Wohnungsräumung und der Verwahrlosung wird von der Therapeutin mit Ergänzung durch einige Details ähnlich erzählt:

„...er ist nie auffallend geworden beim Trinken...die andere Sache ist dass er total verwahrlost war seine Wohnung muss also meterhoch mit Kot Unrat...dreckiger Wäsche und so...ja versaut gewesen sein...wohlgemerkt eine neue Wohnung also eine neu hergerichtete Wohnung in der er gar nicht lange war...jedenfalls als er dann ausgezogen ist also als geräumt wurde...musste diese Wohnung wieder komplett renoviert werden; er ist sehr böse auf seinen Betreuer weil der hat ihm die ganze Geschichte hier eingebrockt dass er überhaupt...hierher hat müssen...der hat ihn mit Polizei und...ja Vormundschaftsgericht (interviewte Person lacht) hat er ihn abholen lassen.“(ebd., 2)

Für ihn war das ein sehr bitteres, demütigendes Ereignis, vermutlich mit viel Scham behaftet. (vgl. ebd., 2) Wie der Leser erfahren hat, ist ihm ja jetzt besonders auch die Hygiene sehr wichtig.

Bezüglich der Zukunftsperspektive glaubt auch die Therapeutin, dass Herr J. in eine betreute Wohnform wechseln wird.

Die Beeinträchtigungen nennt die Therapeutin im Zusammenhang mit den Veränderungen durch die Therapie:

„...er hat also massivste Beeinträchtigungen also massive hirnorganische Beeinträchtigungen...ja er ich weiß gar nicht wie ich das nennen soll er merkt sich nur Dinge die er sich merken möchte, alles andere blendet er aus also ich denke es ist auch psychisch eine...große Beeinträchtigung da bei ihm und er macht auch Einzeltherapie ich weiß nicht ob

es dadurch besser wird es sieht gerade so aus also dass er im Grunde genommen auf dem Stand den er am Anfang hatte fast jetzt auch noch steht.“(ebd., 2,3)

Über hirnorganische Beeinträchtigungen ist sich Herr J. natürlich nicht bewusst, und dies ist offensichtlich auch nicht möglich.

Im persönlichen Erleben ist eine Änderung seiner Einstellung oder seiner Glaubenssätze kein Thema. Er nennt bei den Therapieveränderungen lebenspraktische Punkte wie Hygiene und Beschäftigung. Die ‚Einsichtsunfähigkeit‘ weist jedoch gewisse Parallelen zu seiner Trinkzeit auf, als er ganz offensichtlich Dinge, wie z.B. die körperliche Verwahrlosung, auf die er hingewiesen worden war, nicht annehmen wollte oder diesbezüglich eine andere Wahrnehmung hatte.

Zusammenfassung:

Insgesamt fallen im Erleben von Herrn J. zwei Dinge besonders auf. Da ist einmal die extreme Opferhaltung gegenüber vielen Ereignissen, die eng mit ‚Schuld-von-sich-weisen‘ verbunden ist. Vielleicht, so kann man vermuten, sind die eigenen Anteile an Konflikten, z.B. in der Ehe, vergessen oder ausgeblendet worden durch das Trinken, oder das Unbewusste schützt ihn vor der Erinnerung, die mit weiteren schambesetzten Gefühlen behaftet ist.

Natürlich könnte er es auch ganz einfach so erlebt haben, dass er immer der ‚Arme‘ ist.

Ferner wird in der Geschichte des Herrn J. besonders ein ‚Nichtwahrnehmen‘ des eigenen Verfalls deutlich, eine völlige Abstumpfung gegen jeglichen äußeren Einfluss, ein ‚Nichtwahrhabenwollen‘ mit einem zusätzlichen ‚Egalgefühl‘, ein ‚Dichtmachen‘ gegenüber den belastenden Ereignissen. Die betäubende Wirkung des Alkohols ist zum allgegenwärtigen Lebensgefühl geworden.

Interpretation Person K

Soziodemographische Daten:

Frau K. ist 54 Jahre alt. Ihre Eltern leben noch. Sie war zweimal verheiratet und befindet sich seit 11 Jahren in einer stationären Soziotherapie.

Frau K. erzählt, dass sie bis zu ihrer ersten Schwangerschaft und auch in der die Zeit danach kaum etwas getrunken habe. Sie berichtet von einem „jugendlichen Ausprobieren“:

„...ja wie es losgegangen ist also da muss ich jetzt direkt ein bisschen lachen weil ich weiß genau ich weiß meinen ersten Rausch und zwar war ich da noch ein junges Mädchen und da war ich noch keine sechzehn Jahre, so zwischen fünfzehn sechzehn da war ich bei einer Freundin...und dann haben wir uns da an die Bar gemacht und haben da also so queerbeet durch probiert und am Schluss haben wir sind wir beide also ziemlich verrückt herum: also wir waren nicht so besoffen dass wir umgefallen sind sondern wir haben halt dann das Spinnen angefangen na ja so das war dann ich denke einmal wenn uns jemand gesehen hätte das war filmreif: soweit ich das in Erinnerung habe, das war also...das war ja! das war mein erster Rausch in meinem Leben! (Frau K lacht) gut das war jetzt dann nicht so dass ich weitergetrunken habe weil zu diesem Zeitpunkt bin ich ja auch noch in die Schule gegangen also das war dann; und am nächsten Tag war mir dann sowieso so schlecht dass ich gar nichts mehr davon wissen wollte (Frau K lacht), aber das ist jetzt schon sagen wir einmal ich vergesse das nicht, und ich denke einmal vielleicht ist es gar nicht schlecht wenn man das nicht vergisst wie es eigentlich; aber die erste Erfahrung eben damit gemacht hat und dass es einem eben danach gar nicht gut gegangen ist! (Frau K lacht) also ja und später dann war ich jahrelang trocken ich habe in...der Zeit also ich habe mit einundzwanzig geheiratet und habe dann auch meine Tochter bekommen also da ich habe während der Schwangerschaft nicht einen Schluck Alkohol getrunken gehabt, die erste Zeit danach nicht oder was heißt die erste Zeit? eigentlich relativ lange Zeit, oder zumindest normal: sagen wir ab und zu einmal bei Gelegenheit ein Glas...“ (Interview K, 5)

Sie erlebt diese Erfahrung als unbeschwert, und sie kann darüber lachen.

Jedoch führen Probleme in der Ehe zum Einstieg in einen vermehrten Alkoholkonsum:

„...aber bei mir ist es dann so gewesen ich habe dann ziemlich große Schwierigkeiten in meiner Ehe gehabt mein erster Mann ist fremdgegangen und ich bin mit dem Kind dann dagestanden und habe mir halt also schon sage ich jetzt einmal ziemlich verzweifelt 'was soll werden aus mir und dem Kind?' und dann ist das eben sage ich jetzt einmal das Typische bei mir gewesen schon immer da waren riesige Probleme da und ich habe es halt schwer auf die Reihe bekommen oder habe gar nicht recht gewusst was soll ich machen? und ich habe dann eben angefangen zu trinken...“ (ebd., 5)

Frau K. erlebt sich als unbeholfen, sie ist überfordert mit der Situation, mit sich und dem Kind und findet keine andere Lösung als den Alkohol:

„...ich war dann eben damals schon der Typ dass ich nicht fähig war die Probleme in den Griff zu bekommen sondern habe größtenteils die mit Alkohol betäubt,- was es natürlich nicht gut sondern nur schlechter gemacht hat...“ (ebd., 1)

Sie schätzt sich als Menschen ein, der Probleme nicht in den Griff bekommt. Dies wird in einer sehr emotionsarmen Sprache beschrieben, man kann weder Bedauern, noch Resignation oder gar Wut erkennen. Dass ihr Mann sie betrogen hat, war einfach so, und dann waren da wohl noch andere Probleme, mit denen sie nicht fertig wurde. Es ist keine differenzierte Reflexion zu erkennen, wenn sie aus heutiger Sicht zurückblickt. Sie betrachtet die Ereignisse aus einem sehr eindimensionalen Blickwinkel, bei dem viele Facetten nicht erfasst werden.

Frau K. entschließt sich zur Trennung von ihrem Mann. Sie zieht dann mit ihrer Tochter in einer eigenen Wohnung zusammen:

„...dann habe ich aber ich meine ich habe dann die Scheidung eingereicht und habe bin dann habe dann auch eine kleine Wohnung mit meiner Tochter alleine bekommen eine schöne, und in der Zeit in der ich dann alleine war mit meiner Tochter habe ich mich ziemlich gefangen gehabt, war jetzt nicht so dass ich nichts mehr getrunken hätte aber ich habe nicht gesoffen und weil ich war alleine mit einem Kind ich wusste ich habe jetzt alleine die Verantwortung auch eben für das Kind; dann habe ich auch halbtags in die Arbeit gehen müssen aus finanziellen Gründen ja und also da habe ich bis...na ich sage einmal in der Zeit bin ich eigentlich relativ aufgeblüht also ich habe keinen Alkohol gebraucht weil es mir so: dann gut

gegangen ist weil ich mich wohlgeföhlt habe als ich so alleine war mit meiner Tochter...“(ebd. 5,6)

Frau K. schränkt ihren Konsum ein. Allerdings sind in dieser Passage widersprüchliche Angaben zum Alkoholkonsum zu finden. Einerseits sagt sie, sie hätte schon etwas getrunken, meint aber kurz darauf, sie hätte keinen Alkohol gebraucht. Sie bewertet diese Zeit als positiv und gibt an, dass sie sich wohlgeföhlt habe, vermutlich mit einem reduzierten Alkoholkonsum.

Dann lernt sie allerdings ihren zweiten Mann kennen, den sie auch heiratet:

„...na ja und dann nach einiger Zeit ich weiß jetzt nicht mehr genau nach welchem Zeitraum habe ich dann wieder einen Mann kennen gelernt den Herrn *Wagner wo man ja am Namen schon hört dass ich wieder geheiratet habe, und das war eben einer der selbst auch gerne getrunken hat was mir anfangs habe ich das ja gar nicht so also war mir das nicht bewusst...oder habe das gar nicht so mitbekommen besser gesagt na ja wir haben dann geheiratet und dann hat es nicht lange gedauert dann habe ich also...das war einer der also selbst gerne getrunken hat auch Schn- auch Schnaps und dem es gefallen hat wenn ich...etwas mitrinke vor allem ich höre das heute noch also das ist wahr das hat er selbst gesagt `das gefällt mir wenn die *Inge etwas getrunken hat weil dann wird sie so lustig und so locker!` ja?...“ (ebd., 6)

Frau K. konnte sich also nicht vom Alkoholismus ihres Mannes abgrenzen und bekam Bestätigung durch das Mittrinken, was auf ein sehr schwaches Selbstwertgeföh! hindeutet, sowie auf eine große Abhängigkeit von anderen Menschen, in diesem Fall von ihrem Mann.

Vermutlich waren für Frau K. Anerkennung und Beziehung so wichtig, dass sie den Alkoholismus ziemlich unbedacht mitgetragen hat. In einem gewissen Sinne hat sie sich durch die Co-Abhängigkeit selbst abhängig gemacht:

„...und mir war ja die Gefahr damals gar nicht bewusst: auf die ich mich da einlasse...und also wir haben beide sage ich einmal sehr viel getrunken...“ (ebd., 6)

Jedoch ist auch die zweite Ehe gescheitert, vermutlich deswegen, weil sich ihr Mann auf Grund seiner eigenen Sucht in Schulden gestürzt hat:

„...und ja so das ist dann die Ehe ist ja wieder in die Brüche gegangen es war jetzt nicht wegen der Trinkerei direkt sondern ja wegen finanziellen Schwierigkeiten in die der Herr *Wagner sich dann gebracht hat oder uns: er hat er war ja eben so ein ich sage einmal Hochstapler sage ich jetzt heute schon ja? der hat also sehr über die Stränge geschlagen finanziell wollte überall dastehen als 'was bin ich? Was habe ich?' und hat es halt nicht gehabt und da hat er uns also in große Schwierigkeiten gebracht finanziell ich habe sogar auf der Bank mit unterschrieben, wo ich dann später auch noch Schwierigkeiten hatte wegen den Rückzahlungen, und...“(ebd., 6)

Wieder ist sie so wie nach der ersten Trennung mit ihrer Tochter alleine:

„...na ja also nachdem sage ich jetzt einmal die Scheidung auch vorbei war habe ich mich zeitweise wieder ein bisschen aufgerappelt aber es war schon soweit dass ich gesagt habe 'jetzt ist das alles vorbei und jetzt nehme ich alles voll: wieder für mich in Anspruch! und ich trinke auch nichts mehr sondern' weil ich habe ja nicht mehr so gesoffen wie zu der Zeit in der wir gemeinsam getrunken haben weil ich ja eben auch wieder die Verantwortung alleine gehabt habe meine Tochter war ja da auch noch da, aber es war schon soweit dass ich also nicht fähig war also ganz: ohne Alkohol zu leben also ich habe schon...fast regelmäßig nicht so ganz regelmäßig aber schon fast regelmäßig getrunken...aber es war halt wie gesagt ich habe trotzdem noch alles auf die Reihe gebracht zu der Zeit...“(ebd., 6)

Es entsteht der Eindruck, dass es ihr wichtig ist, zu betonen, dass die Menge des Alkoholkonsums sich damals noch in einem gewissen Rahmen bewegt hat, aber dass doch schon ein hohes Niveau erreicht worden war. Ebenso ist für sie von Bedeutung, zu erwähnen, dass es noch nicht so schlimm war, dass sie ihre täglichen Aufgaben nicht mehr bewältigen konnte.

Fraglich werden jedoch ihre Erzählungen, wenn sie an anderer Stelle über diese Zeit erzählt:

„...ich habe da also nicht toujours gesoffen aber ich habe doch eigentlich regelmäßig oder bei jeder Gelegenheit wenn es gepasst hat Alkohol getrunken...“(ebd., 1)

Allerdings erfährt der Leser nicht, wie sich das Alkoholtrinken auf ihre Umgebung, auf Menschen und auf ihre Tochter auswirkte. Sie sagt nichts Konkretes darüber aus, wie das Verhältnis zu ihrer Tochter war, wie sie auch wenig über die Qualität der Beziehung zu ihrem Mann erzählt hat. Sie bewertet eigentlich nur nach dem Motto „...da habe ich viel getrunken das war schlecht...“(ebd., 1) und ‚da habe ich wenig getrunken, das war gut‘, und dementsprechend ist sie ihren Verrichtungen nachgekommen. Jedoch werden etwa emotionale Facetten ausgeblendet, als wäre sie mit einem Tunnelblick durch die Welt gegangen.

Die Alkoholwirkung hat wohl ihr Erleben sehr bestimmt. So lässt sie offen, was inhaltlich passiert ist, welche Gefühle da waren. Vermutlich haben also die dämpfende Wirkung des Alkohols und das ständige Berauschtsein Einiges im Erleben vernebelt, die Wahrnehmung ausgeschaltet und emotional nivelliert oder verflacht.

Sie findet aber wieder einen Partner. Diesmal läuft wieder ein ähnliches Muster ab. Jedoch in einem extremeren Ausmaß des Alkoholismus:

„...ich habe dann zwar nicht mehr geheiratet habe aber dann bin mit einem Mann zusammengezogen also den habe ich erst einmal kennen gelernt: das ist klar es hat sich dann so entwickelt dass wir zusammen geblieben sind und haben uns miteinander dann auch eine Wohnung genommen...und das war wieder eben...auch ein Mann der gerne getrunken hat, was jetzt mich nicht vollkommen gestört hat in meinem; also für mich war das ja wieder ok weil dann habe ich mich nicht entschuldigen brauchen wenn ich auch etwas trinke, na ja und...es ging halt dann ich sage jetzt einmal es plätscherte lange Zeit so dahin...“(ebd., 1,2)

Somit hatte sie zum dritten Mal einen Mann, der selbst viel Alkohol getrunken hat. Während die ersten beiden Männer für den eigenen Konsum verantwortlich gemacht wurden, ist sie jetzt froh, jemanden zu haben, der nichts sagt, wenn sie selbst trinkt.

Jedoch wird die Sucht immer stärker, Frau K. zieht sich in sich zurück, blendet die Umwelt völlig aus und ist nur noch auf den Erhalt des Alkoholpegels aus:

„...und am Schluss war ich aber dann; also ich kann mich kaum mehr daran erinnern wie schlimm es am Schluss war aber von meiner Familie habe ich es dann erfahren also was heißt erfahren? die haben es mir aber klar und deutlich oft auch erklärt dass das am Schluss oft

schon so schlimm war und dass ich also mit meinem also mit meiner Arbeit und so nicht mehr so zurechtgekommen bin dass ich da Schwierigkeiten gehabt habe also rein jetzt schon vom Haushalt her gesehen ja? dass ich also da Probleme dann gehabt habe alles auf die Reihe zu bekommen aufgrund der Schwierigkeiten, der Vergesslichkeit und vor allen Dingen ist dann immer so ein gewisses Wurstigkeitsgefühl dazugekommen; nachdem die Beziehung ja auch nicht gestimmt hat ich mir also ich das auch gemerkt habe dass da etwas nicht in Ordnung ist dann ist das bei mir so nach der Art gewesen 'na ja: ist doch sowieso schon alles egal!' so ungefähr...also habe ich es nicht versucht dass ich für mich: wieder alles auf die Reihe bekomme sondern habe eigentlich doch alles so - - ja gehen lassen mich: selbst gehen lassen sage ich jetzt einmal...“(ebd., 2)

Zusätzlich kommt also noch ein ‚Egal-Gefühl‘ hinzu, und sie kann sich noch an die bewusste Entscheidung erinnern, dass sie ‚sich jetzt gehen lässt‘.

Sie resigniert, weil sie sich zu dritten Mal in einer Sackgasse befindet und nicht mehr weiter weiß:

„...dann war ich bald wieder an einem Punkt angelangt an dem ich mir gedacht habe 'ach Du Scheiße! was wird jetzt? jetzt wird das' das war zwar nicht die dritte Ehe aber immerhin die dritte Partnerschaft sage ich einmal wo wieder nichts ist wo ich wieder einen Fehlgriff gemacht habe oder Fehlgriff wäre jetzt dumm: aber wo es halt wieder nicht so gelaufen ist wie ich das wollte und wie ich mir das vorgestellt habe, na ja dann...“(ebd., 7)

Interessant ist, dass sie selbst sagt, dass sie vieles nicht mehr weiß, dass es also zu einem völligen ‚Dichtmachen‘, zu einem ‚Ausblenden der Umgebung‘ kam. Wie es ihrer Tochter beispielweise während dieser Zeit ging, davon erfährt der Leser nichts, weil sie selbst es eben nicht mehr weiß, nicht mehr mitbekommen hat.

Schließlich greifen die Eltern ein und bringen sie zum Arzt. Jedoch ist sie nicht einsichtig und wehrt sich, möchte die Hilfe ablehnen. Sie ist durch ‚äußeren Einfluss‘ aus ihrem ständig alkoholisierten Zustand, in dem Zeit auch keine Rolle mehr gespielt hatte, herausgerissen worden. Sie ist schockiert, daran kann sie sich erinnern:

„...und das ist dann solange gegangen bis dann meine Eltern gemerkt haben Mensch: also was heißt gemerkt? gemerkt haben sie es schon lange aber die haben dann gesagt `da können wir nicht mehr zuschauen die macht sich ja kaputt!` und die haben dann einen Arzt eingeschaltet unseren Hausarzt...ja und dann ging es eigentlich sehr schnell...der hat ja auch sofort erkannt ja was los ist und hat dann gesagt also er sieht keine andere Möglichkeit als mich ins Krankenhaus einzuweisen...ich war damals also sehr sagen wir einmal ja entsetzt:...ich wollte das nicht wahrhaben: also am liebsten hätte ich gesagt `nein das brauche ich nicht!` und so aber...ich war schockiert sagen wir einmal so `Mensch jetzt musst Du da ins Krankenhaus!`...na ja und dann hat das Ganze eben seinen Lauf genommen mit erst einmal Entzug und dann BKH ...“ (ebd., 2)

Dann erzählt sie, wie sie diese Zeit jetzt nach langer Abstinenz betrachtet:

„...und erst im Laufe der Zeit ist mir dann selbst bewusst geworden...was ich an mir selbst zerstört habe und dass das eben lange Zeit braucht um das wieder aufzubauen, also heute ich war ist mir klar dass das alles der richtige Weg war weil anderweitig hätte ich mich vielleicht kaputt gemacht...wer weiß ob ich noch leben würde oder was sonst aus mir geworden wäre, also heute ist mir das bewusst und ich bin eigentlich dankbar dass man mich so aufgefangen hat...und jetzt versuche ich eben weiter an mir zu arbeiten und wieder ganz auf die Füße zu kommen...wobei klar: es ist nicht leicht: ich bin schon viele Jahre trocken und habe immer noch Schwierigkeiten das gebe ich ehrlich zu also es wäre Blödsinn wenn man das vertuscht weil es einfach so ist!“ (ebd., 2)

Ihr ist bewusst, dass sie alleine aus diesem Teufelskreislauf nicht mehr herausgekommen wäre. Wenn sie so weitergemacht hätte, dann wäre sie sicherlich gestorben.

Zu den Beeinträchtigungen durch den Alkoholismus zählt sie ihre Gedächtnisschwierigkeiten. Jedoch hat sie gelernt, mit ihnen umzugehen:

„...ja ich in erster Linie ist bei mir gestanden das Gedächtnis also mit dem ich ja heute noch; also es ist nicht mehr schlimm: oder so: schlimm: aber es ist immer noch so dass ich also Schwierigkeiten habe also ich es gibt Einiges das ich mir aufschreibe weil ich mir denke sicher ist sicher: es muss nicht sein dass ich es vergesse aber es passiert dann doch immer wieder ja? zwar nicht mehr bei weitem so schlimm wie es einmal war aber...trotzdem gehe ich

da immer lieber auf Nummer Sicher: weil ich denke mir wenn man ehrlich zu sich selbst ist und sich das zugesteht dann tut man sich auch leichter:...also ich kann mit meiner noch vorhandenen Vergesslichkeit jetzt besser umgehen...“(ebd., 3)

Durch die Therapie hat sich insbesondere verändert, dass sie wieder mehr auf sich und ihr Erscheinungsbild achtet, außerdem hat sie Ziele:

„...ja ich meine ich sage einmal ich es ist mir auch schon gesagt worden ich merke es ja teilweise auch selbst also dass ich mich überhaupt: verändert habe also vom sei es vom Äußeren her also auch von meiner Einstellung zum Leben zu mir selbst also ich bin jetzt inzwischen soweit dass mir nicht mehr egal ist was aus mir wird sondern ich möchte ich denke mir ich bin jetzt in einem Alter bin keine junge Frau mehr die fünfzig überschritten und ich möchte ja von meinem Leben doch noch etwas haben und darum...bin ich bereit soviel wie ich: dazu beitragen kann zu tun damit ich wieder soweit komme dass ich selbstständig leben kann...“(ebd., 3)

Auffallend ist hier, dass sie nichts darüber sagt, wie sie sich fühlt. Ihr emotionales Erleben ist nicht nachvollziehbar.

Für die Zukunft wünscht sie sich, dass sie mit einem Mann, der auch des Alkohols wegen eine Therapie gemacht hat, zusammenleben kann, und sie denkt, dass es von Vorteil wäre, wenn zwei ehemalige Trinker zusammenleben:

„...und jetzt denke ich wenn zwei: Leute die mit dem Problem Alkohol ja selbst zu tun gehabt haben so wie jeder für sich seine Probleme mit Alkohol gehabt hat und eben auch die Konsequenzen getragen hat denke ich da ist die (Versprecher)...gegenseitige Verständnis größer dass wenn ein Problem auftritt...“(ebd., 4)

Die Fremdsicht:

Die Therapeutin berichtet über ein traumatisches Erlebnis in der Kindheit der Patientin, das Frau K. in ihrer Erzählung nicht erwähnt hatte:

„...also die *Inge die hat...in ihrer Kindheit schon ein ziemlich dramatisches Erlebnis gehabt und zwar ist sie...aufgewachsen mit einem Bruder und einer Schwester und sie sollte immer auf den Bruder aufpassen und dieser Bruder der ist gestorben und die Schuld an dessen Tod...hat sich die *Inge dann gegeben also sie hat einfach gemerkt die Eltern sind...die sind traurig: die sind nicht mehr so wie sie vorher waren zu ihr und...dann hat sich bei ihr das so gefestigt 'ich bin schuld am Tod vom dem Bruder.' und...das hat sie also lang mit sich herumgezogen...“(Therapeuteninterview K, 1)

Ferner erhält der Leser die Information, dass die Eltern „sehr streng sehr behütend und betüddelnd“ (ebd., 1) waren.

In der Jugendzeit hatte auch der Alkohol wohl schon einen größeren Stellenwert, als dies Frau K. selbst beschrieben hatte. (vgl. ebd., 1)

Sowohl die ersten Alkoholerfahrungen in der Jugend als auch die frühe Heirat können eventuell als ein Befreiungsversuch aus dieser ‚Umklammerung‘ verstanden werden:

„...sie hat dann...sehr bald geheiratet also sie war da auch recht jung sie hat mit einundzwanzig geheiratet und sie hat das einmal geäußert um zu Hause herauszukommen also um da einfach so ein bisschen...dieser Übermutter zu entfliehen: die ihr also gesagt hat 'das musst Du so machen das musst Du so machen und so machen!'...das hat sich also sogar auch in der Ehe noch...weiter so ergeben bis sie dann halt einmal gesagt hat 'ich mag das jetzt nicht mehr ich habe meinen eigenen Haushalt.' da: hat sie dann bereits gemerkt...sie trinkt ziemlich viel...hat dann aufgehört ich glaube sie war einundzwanzig zweiundzwanzig.“(ebd., 1)

Hier erhält man wieder einen Hinweis, dass der Alkoholkonsum auch am Anfang der Ehe doch höher war, als Frau K. selbst zugibt. Jedoch schildert auch die Therapeutin, dass Frau K. während der Schwangerschaft den Konsum reduziert hatte:

„...als sie schwanger wurde...da hat sie dann aufgehört weil sie das nicht wollte dass dem Kind etwas passiert also sie hat auch geraucht: und hat dann beides aufgehört sie hat nicht mehr getrunken und nicht mehr geraucht und hat dann aber nachdem sie abgestillt hatte bald wieder angefangen zu trinken: auch...noch gemäßigt: also es war noch nicht...irgendwie tragisch ihr Trinkverhalten sondern es war noch normal.“(ebd., 1)

Ein großer Einbruch ist dann, wie auch Frau K. selbst erzählt hat, die Untreue ihres Mannes:

„...aber dann hat sie herausgefunden dass ihr Mann eine Beziehung hat eine andere, und dann hat sie angefangen also sie hat nicht darüber reden können sie hat die Situation so für sich gar nicht anders klären können sie hat dann zu trinken angefangen und zwar massiv...“(ebd., 1)

Es kam in der Folge der Ereignisse zur Scheidung, und sie hat relativ schnell ihren zweiten Mann kennen gelernt. Aber die Beziehung ging wieder schief, und der Alkoholismus muss hier bereits extrem gewesen sein, denn die Therapeutin berichtet:

„...aber dann hat sie gemerkt also...es funktioniert finanziell nicht in der Firma die der da hatte und...hat sie auch noch ausgenützt gefühlt und ja es ging halt auch soweit sie hat dann nichts mehr auf die Reihe gebracht...da kam dann wieder die Scheidung also unweigerlich es ging dann eine Zeit lang sie hat nach wie vor getrunken.“(ebd., 6)

In der Geschichte von Frau K. trifft man wieder auf einige Beschönigungen, denn sie erzählt, dass sie den Konsum reduziert hatte. Offenbar ist es ihr wichtig, in ihrem eigenen Erleben die Phasen hervorzuheben, in denen sie weniger getrunken hat.

Jetzt erzählt die Therapeutin Dinge, welche von Frau K. in der Erzählung völlig ausgeblendet wurden, vielleicht, um den Schmerz nicht zu spüren, der damit verbunden ist, oder weil sie es einfach auf Grund des Alkohols nicht mehr weiß:

„...die Tochter war dann damals schon bei den Eltern...es war dann...na ja irgendwann auch so eine ungute Geschichte weil...sie sollte dann zur Adoption freigegeben werden die Tochter und da haben die Eltern ziemlich...ja wir haben das alle eigentlich ein bisschen als ein übles Spiel empfunden aber das sollte die Ingrid nicht erfahren: und und und also lauter so komische Geschichten...“(ebd., 2)

Frau K. konnte also ihre eigene Tochter nicht mehr versorgen, vielleicht hat sie die Tochter auch gar nicht mehr richtig wahrgenommen oder gemerkt, dass sie nicht mehr da ist.

Schließlich verstärkt die dritte Beziehung zu einem Mann die Alkoholproblematik, sodass es dann, wie Frau K. erzählt hat, über das Krankenhaus in die stationäre Soziotherapie ging, in der sie sich nun schon seit 11 Jahren befindet. (vgl. ebd., 2)

Die Beziehung hatte auch noch andauert, nachdem sich Frau K. in der Einrichtung befand. Darüber hat Frau K. nichts berichtet. Wahrscheinlich kann sie sich ebenso wenig daran erinnern wie an Halluzinationen und an ihr nicht mehr vorhandenes Körpergefühl. (vgl. ebd., 2)

Die Therapeuten haben auch sexuellen Missbrauch bei ihr vermutet:

„...wir haben damals vermutet dass da wirklich von seiner Seite noch sexwilliges Interesse also sexuelles Interesse da war...wir hatten auch die Vermutung dass in der Kindheit...irgendeine Missbrauchsgeschichte war haben da aber nie etwas herausbekommen haben also nie...irgendwelche Beweise oder so etwas finden können aufgrund des Verhaltens war das eben das sie da hatte...ist am Anfang nur dagesessen ihr sind die Tränen heruntergelaufen sie hat...Halluzinationen gehabt und das ist dann eigentlich schon das nächste die Beeinträchtigung: sie hat also ja sie saß da tränenüberströmt:...dann habe ich gesagt `was ist denn los?` `da ist jetzt gerade ein Hubschrauber vorbeigeflogen mit einem Spruchband *Inge ich liebe Dich! und der ist doch dann auch gelandet auf der Wiese warum sind denn meine Eltern nicht ausgestiegen?` also lauter solche Sachen waren bei der *Inge dann...da so die ersten Jahre das hat lange gedauert; und...sie hat überhaupt kein Körperempfinden mehr gehabt...das war also ganz schrecklich wenn sie ihre Tage hatte es ist oft passiert: sind die Mitbewohner gekommen und haben gesagt `Mensch: schauen Sie einmal dass die *Inge sich umzieht es ist da so blutig alles bis zum Pullover hoch!` also ganz ganz schlimm sie hat...weder geduscht noch...sonst etwas also das war heftig: wie es ihr ging...“(ebd., 2)

Nur über die Jahre hinweg hat sie ihr Körpergefühl langsam wieder zurückbekommen. (vgl. ebd., 3)

Auch der Kontakt zu ihrer Tochter wurde wieder hergestellt:

„...zweieinhalb Jahren wieder Kontakt zu ihrer Tochter sie hat...vorher nichts erfahren nur immer über die Eltern, sie hat zwei Enkelkinder über die sich...sehr freut und...der Kontakt mit der Tochter...der ja erst einmal sehr angstbesetzt war auch von ihrer Seite her der hat sich so scheint es recht gut entwickelt zumindest wenn sie ein paar Tage zu Hause ist da erzählt sie dann immer ja: sie hat ihre Tochter getroffen und...es war schön: und erzählt auch von den Kindern und ja ist auch immer bemüht für die Kinder dann kleine Geschenke zu haben oder so also da das hat ihr Auftrieb gegeben...“(ebd., 3)

Weitere Beeinträchtigungen und Veränderungen durch die Therapie erzählt die Therapeutin:

„...die hat absolute Gedächtnisproblematik wobei das auch schon sehr viel besser geworden ist wir haben also am Anfang sie hatte ihr Zimmer nicht gefunden das war auch hier am Anfang im verlängerten Dach als sie dann einmal war ist sie in eine andere Wohnung gegangen...hat sich gewundert das ist nicht ihr Zimmer, aber im.../war das einfach so wir haben ihr dann lauter Punkte: hingeklebt farbige Punkte auf den Weg den sie gehen muss also im Grunde genommen ganz tragisch, sie sagt selbst `ich bin noch lange nicht fit aber wenn ich überlege wie es mir am Anfang ging geht es mir schon sehr viel besser!´...“(ebd., 3)

Insgesamt hat Frau K. hirnorganische Beeinträchtigungen bis hin zu einer veränderten Persönlichkeit. (vgl. ebd., 3) Diese wird von Frau K. nicht wahrgenommen.

Die angestrebte Zukunftsgestaltung von Frau K. ist wohl auch mehr ein Wunschdenken, das sie teilweise so sieht, aber in ihrer Geschichte führt sie lange Argumente an, welche die wirklichen Hintergründe verbergen:

„...ihre Zukunft:...hier im Haus hat sie ja...ein Verhältnis oder eine Freundschaft angefangen mit dem *Ulf...sie träumt immer noch glaube ich davon dass sie mit ihm irgendwann einmal zusammenziehen kann dass sie eine eigene Wohnung haben stellenweise sieht sie es dann realistisch dass das nicht klappt aber häufig sieht sie es einfach auch nicht so...“(ebd., 3)

Somit wird Frau K. wahrscheinlich in der stationären Soziotherapie bleiben. (vgl. ebd., 3)

Zusammenfassung:

Insgesamt erlebt Frau K. in ihrer Geschichte mit dem steigenden Alkoholkonsum einen zunehmenden Verlust der Wahrnehmung. Sie blendet die Umgebung zunehmend aus und nimmt schließlich den eigenen Körper nicht mehr wahr. Besonders fällt auf, wie emotional verflacht sie die Dinge erzählt und wie wenig Facetten betrachtet werden. Fast scheint es so, als ob sie ihr Leben aus einem Tunnelblick betrachtet, wie ein Betrunkener, der schwankt und versucht, irgendwie den Weg zu halten und das Notwendige tut, um nicht aufzufallen. Diese Art der biographischen Reflexion und der Deutungsmuster kann auch mit den hirnorganischen Beeinträchtigungen einhergehen, die sich ja insbesondere auch in mangelnder Flexibilität manifestieren.

Somit kann sich Frau K. an viele Dinge einfach nicht mehr erinnern. Dass ihre Tochter ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr bei ihr ist, wird nicht erzählt. Vermutlich sind Schmerz und Scham zu groß, und im Sinne einer Abwehr werden diese Passagen nicht erinnert. Natürlich spielen auch die Lücken im biographischen Gedächtnis eine Rolle.

Immer wieder findet man in der Geschichte von Frau K. Beschönigungsversuche bezüglich des Alkoholkonsums.

Sie hat traumatische Erfahrungen in der Kindheit gemacht und vermutlich auch in ihrer dritten Beziehung Missbrauch erfahren. Auch waren es wieder die negativen Erfahrungen in den beiden Ehen, die den Alkoholismus bewirkt oder zumindest begünstigt haben.

Interpretation Person L

Soziodemographische Daten:

Herr L. ist 48 Jahre alt und bei seinen Eltern aufgewachsen. Er hat zwei Schwestern und einen Bruder. Er ist verheiratet und hat drei Kinder. Seit ca. 3 Monaten befindet er sich in stationärer soziotherapeutischer Behandlung.

Herr L. ist in einer großen Gastwirtschaft aufgewachsen, der Alkohol hat aber erst nach seiner Heirat eine Rolle gespielt. Er konnte sich dem Gruppenzwang auf den Familienfeiern nicht entziehen:

„...ich bin geboren auf einem Bauernhof mit einer Landwirtschaft, ich habe noch drei Geschwister, meine Eltern lebt nur noch der Vater, mit meinen...mit zwei Schwestern und einen Bruder habe ich noch, mit dem Bruder habe ich noch ein bisschen Kontakt mit den beiden Schwestern fast nicht: da ist es zwecks Erbsachen gegangen...ich habe ich bin verheiratet, habe drei Kinder der große Sohn ist sechsundzwanzig der zweite ist vierundzwanzig der kleine wird am *2. September fünfzehn; dass wir jetzt zum Trinken kommen, ich habe bis zweiundzwanzig dreiundzwanzig Jahre nie einen Alkohol angeschaut obwohl: ich in einer Wirtschaft groß geworden bin, in einer Gastwirtschaft in der ich täglich mit dem Bier zu tun gehabt habe ausgeschänkt habe oder sonst etwas, da habe ich ein Bier getrunken wenn ich mit meiner Frau zu den Schwiegerleuten gefahren bin weil da war es Pflicht die haben alle ein Bier getrunken da wäre ich eine Ausnahme gewesen, und das ist angegangen am Anfang wenn man dagesessen ist bei den Schwagern und Schwägerinnen hat man eines getrunken zwei getrunken na ja dann ist einmal einen ganzen Sonntag eine Familienfeier gewesen na ja drei vier fünf waren es oder was weiß ich; unter der Woche solange ich arbeiten gegangen bin habe ich keines getrunken...“(Interview L, 1)

Der Konsum hat sich also noch in Grenzen gehalten, und in seinen Erinnerungen stellte der Konsum für Herrn L. kein Probleme dar.

Erst im Zusammenhang mit einer Überforderungssituation hat er den Alkohol als Überlastungsventil zur Entspannung benutzt. Er wusste sich nicht anders zu helfen:

„...das Biertrinken habe ich eigentlich erst angefangen so richtig 1972...als der große Sohn einen Unfall gehabt hat, das ist so blöd gelaufen, da war die Frau hoch schwanger vom Kleinen der große Sohn hat acht Tage vor den großen Ferien einen schweren Unfall gehabt, den hat sein eigener Schulbus zusammengefahren, na ja sie war hoch schwanger dann ist am *2. September der Kleine auf die Welt gekommen dann habe ich daheim auch noch Arbeit gehabt Krankenhausbesuche für den großen Sohn, in die Arbeit gegangen, ich habe nicht mehr schlafen können ich habe ja auf Deutsch gesagt mich auf die Nacht betäubt!...damit ich schlafen konnte; ja der Große war eineinhalb Jahre fast im Krankenhaus ja da ist der Große herangewachsen und Arbeit ist mir eigentlich kopfüber gestanden auf Deutsch gesagt; na da ist das losgegangen da ja das also zuerst war es nur auf die Nacht dann hat es mich auf den Nachmittag schon / dann ist es selbst in der Früh schon angegangen.“(ebd., 1,2)

Herr L. beschreibt also eine Entwicklung, die ihn in den verstärkten Konsum geführt hat, der im weiteren Verlauf sein Leben bestimmte. Er macht in seinen Erzählungen einen zeitlichen Sprung und lässt viele Jahre aus, die entweder nicht erwähnenswert sind, weil sie von einem gleichförmigen Ablauf geprägt waren, oder er vermeidet dadurch, sich noch von anderen Seiten zu zeigen und darzustellen. So bleibt beim Leser der Eindruck, dass er auf Grund dieser Stresssituation in die Sucht hineingeschlittert ist:

„...na ja dann ist das so gegangen bis 1996 97 98, da habe ich am Tag kann ich sagen einen Kasten Bier getrunken...“(ebd., 2)

Ferner hat Herr L. noch geraucht, was zu weiteren Komplikationen geführt hatte:

„...und geraucht: ohne Ende, na ja weil das einfach mit der Arbeit und mit dem Krankenhaus war und mit dem ganzen Zeug ich war platt und fertig...na ja dann habe ich 96 noch einen Herzinfarkt gehabt...das war dann das Ende vom Lied einfach überrannt komplett na ja ausgehängt halt dann, na ja dann mit dem Herzinfarkt da ist das war das war eigentlich da war ich im Krankenhaus dann war ich auf Reha...“ (ebd., 2)

Als er wieder nach Hause kommt, kann er mit der freien Zeit nichts anfangen, da er nicht arbeiten darf. Schließlich fängt er erneut an zu trinken:

„...dann bin ich heimgekommen dann haben sie mich nichts arbeiten lassen, na ja wenn man nichts arbeiten darf und mit der Zeit habe ich nicht so richtig umgehen können, dass man dasitzt und nichts macht na ja dann habe ich halt wieder getrunken: nach dem Herzinfarkt, das war dann bis 98 im Oktober da bin ich dann auf das erste Mal zur Therapie gegangen ...“(ebd., 2)

Der Grund für die erste Therapie wird mit einer sehr großen Unzufriedenheit begründet. Er erzählt nicht, wie sich diese Unzufriedenheit auf sein Umfeld ausgewirkt hat. Es stellt sich die Frage, ob er die Reaktionen auf sein Verhalten nicht wahrgenommen hat, ob sie ihm im Alkoholrausch egal waren, oder ob er davon bewusst nichts erzählt. In seinem subjektiven Empfinden erlebt er einen großen Unmut:

„...mir hat nichts mehr gepasst, ich war nicht mehr ansprechbar, ich habe zwar meine Arbeit gehabt aber...weil mir das nicht gepasst hat und das nicht gepasst hat und jenes nicht gepasst hat was weiß ich: weil mir gar nichts mehr gepasst weil ich unzufrieden: war;...ja dann bin ich auf Therapie gegangen nach *Erlabrunn das ist bei *Würzburg am Main, vier Monate, ich war vier Monate auf Therapie ohne Rückfall oder sonst etwas, und dann bin ich nach Hause gekommen da war ich tatsächlich ein anderer Mensch.“(ebd., 2)

Nun ergeben sich in seiner Erinnerung aber Schwierigkeiten durch die neu gewonnene Abstinenz. Während er in der Trinkzeit zuviele Dinge nicht so ‚eng‘ gesehen hatte, ist er durch die Therapie gewissenhafter und ‚strenger‘ geworden. Vermutlich hat dies zu Konflikten geführt, aber er beschreibt in seiner Geschichte die Beziehungen zu den Familienmitgliedern nicht genauer:

„...dann habe ich da: meine Probleme gehabt weil ich die waren mich anders gewohnt, weil zuerst habe ich zu ihnen immer gesagt `ja das passt schon!` oder `das kriegen wir schon!` oder da war ich einfach wie soll ich denn sagen? strenger zu mir: und zu den anderen auch, also zu den Familienangehörigen zu den Kindern zur Frau zu den Eltern also was zum ganzen Haus dazugehört hat; ich war dann von 98 bis 2000 trocken...“(ebd., 2)

Er fängt wieder an zu arbeiten und ist dort Versuchssituationen ausgesetzt, da seine Arbeitskollegen Bier trinken. Er kann streckenweise widerstehen, dann fängt er wieder an:

„...dann habe ich wieder das Arbeiten angefangen also 99 oder 2000 habe ich das Arbeiten wieder angefangen, als ich halt wieder einigermaßen nach dem Herzinfarkt dann fit war, na ja...dann habe ich das ist in der Arbeit da hat es Alkoholverbot gegeben ich bin wieder LKW gefahren, aber nicht mehr im Fernverkehr sondern Baustellenverkehr oder das war eine Firma die hat so Landschaftsarbeiten gemacht...wir waren früh im Osten und Ding und manchmal übers Wochenende na ja die haben als immer Bier getrunken na ja habe ich gedacht 'probierst Du auch wieder einmal eins kann ja nicht so wild werden!' na ja das war eigentlich das erste Bier schon ... kann ich komplett sagen, weil das ist ein paar Tage lang gegangen weil bei einem Bier, na ja und dann trinkst Du doch einmal auf die Nacht ein Bier ganz normal mittags eins trinken, na ja dann ist zum Feierabend gleich etwas getrunken worden dann ist es auf die Nacht nichts eines geworden dann sind es zwei drei geworden: na ja und dann war das Ding komplett schon wieder im Gange, das habe ich dann gemacht bis 2003...“(ebd., 2,3)

Sein Leben wird also wieder über Jahre vom Alkohol bestimmt. Wieder geht er auf diese Lebenspassagen nicht genauer ein. Vielleicht auch deshalb, weil er diese Zeit wieder wie in einem einzigen Rausch erlebt hat und viele Dinge, die um ihn herum passiert sind, nicht wahrgenommen oder vergessen hat. So wird diese Zeit als Trinkzeit in seiner Biographie erlebt.

Im Folgenden ist fraglich, ob seine Zeitangaben stimmen. Denn er erzählt, dass er 2003 einen Schlaganfall hatte und einen zweiten Herzinfarkt. Er war gelähmt und durchlief eine Rehamaßnahme, hat wieder mit dem Trinken angefangen und hat sich dann für eine Kurzzeittherapie entschlossen:

„...dann habe ich einen Schlaganfall gehabt...dann habe ich noch einmal einen Herzinfarkt gehabt den habe ich jetzt gar nicht erwähnt, dann habe ich einen Schlaganfall gehabt da in der Arbeit, dann bin ich wieder auf Reha gegangen...und aus der Reha da habe ich dann schon gemerkt das haut nicht hin: weil ich war halbseitig fast gelähmt ich habe schauen müssen dass das wieder intakt worden ist, ich habe ja da ich war da auch viel Zeit gewöhnt aber mich hat das gar nicht interessiert weil ich mich selber nicht: mit mir nicht zufrieden war!...ich habe mir gedacht 'ich bin nicht mehr der der ich war!' na ja und so // da Ausgang und am Wochenende oder was da ist auch getanzt worden oder sonst etwas da habe ich war auch ein Bier getrunken aber einmal oder zweimal in der Woche ein zwei Bier und dann war Schluss: und als ich dann wieder von der Reha gekommen bin plötzlich habe ich eigentlich kann man

sagen zu 95 Prozent bin ich hergestellt ab acht Wochen, das war eigentlich das hat sogar den Doktor gewundert dass ich so massiv: daran gearbeitet habe; dann war ich noch ein paar Tage krank dann habe ich das Arbeiten wieder angefangen und als ich das Arbeiten wieder angefangen habe war es schon wieder Scheiße weil ich habe gewusst schon davor: dass ich Bier trinke und Ding: und das das Anbieten und Ding und na ja dann habe ich wieder, ich habe zwar stark gebremst aber ich habe mir gedacht `das haut nicht so hin!` dann bin ich 2004 nach Regensburg ins BRK habe so eine Kurzzeittherapie: gemacht...“(ebd., 3)

Er berichtet dann von der Beerdigungsfeier seiner Mutter, zu der er nichts getrunken hat:

„...und da ist dann meine Mutter gestorben in der Zeit dann habe ich in der Zeit in der ich im BRK war bin ich auf die Beerdigung da habe ich aber, da war eine große...Trauergemeinde da und Sie wissen schon so Leichenschmaus und die haben alle getrunken und Ding und ich habe nichts: getrunken, habe mir gedacht `das tue ich mir nicht noch einmal an!`...“(ebd., 3)

Nach kurzer Zeit verfällt er jedoch wieder in den Alkoholismus. Er deutet dabei auch auf Konflikte mit seinem Sohn hin:

„...dann bin ich da raus dann war ich bestimmt in Jahr trocken; na ja dann hat es gesundheitlich wieder mit dem Herz nicht hingehauen habe die Arbeit wieder nicht machen können, dann war ich wieder daheim na ja dann ist der Zyklus diesesmal habe ich es aber nicht soweit kommen lassen, ich habe mich so: zusammengerissen also ein Rausch war sowieso tabu manchmal ein Bier am Tag...wenn viel gearbeitet worden ist zwei drei vier Bier und das hat eigentlich geklappt: mein Sohn ist sowieso der große Gegner von Alkohol oder von den Biertrinkern, der mag es nicht generell nicht, und na ja ein Bier hat auch gar nicht zu Hause sein dürfen also er mag keine Bierflaschen sehen: der weiß scheinbar wie ich ausgesehen habe oder beieinander war wenn ich Bier getrunken habe, da war das Bier zu Hause im Kasten, das war verboten: das hat er mir verboten und ich habe es eingehalten!“ (ebd., 3,4)

Er erzählt nun noch von einem Unfall und über Schwierigkeiten mit dem Führerschein, die jedoch zeitlich nicht klar einzuordnen sind:

„...ich habe schon Bier getrunken aber...den Führerschein haben sie mir abgenommen nicht wegen dem Alkohol sondern zwecks krankheitsbedingt...und da habe ich halt mein Problem gehabt ich habe das...Fahren mit einem LKW oder mit einem PKW oder mit einem Schlepper das ist in mir drin wie mein Herzblut...und das kribbelt halt und na ja vier fünfmal haben sie mich erwischt beim Fahren ohne Fahrerlaubnis und dann ist dieses Jahr im Frühjahr mein / gekommen ein bisschen etwas gemauert ein bisschen etwas verputzt, na ja dann haben wir eine / gehabt dann war ich / dann hat er einen neuen Roller gehabt: so den wollte ich auch noch probieren: na ja dabei einen Unfall mit 1,25 Promille was ich heute schwer bereue: aber ja das ist passiert ich kann es nicht rückgängig machen darum bin ich hier...“(ebd., 3)

Nun fasst er seine Lebensgeschichte aus heutiger Sicht nochmals zusammen. Dabei ist es sein Sohn, der ihm einen Grund zum Leben gibt. Und er deutet auch Schwierigkeiten an, die es im Familienleben gegeben hatte in der Zeit, in der er viel Alkohol getrunken hat. Die Trinkphasen und die Arbeit haben sein Leben bestimmt:

„...ich komme mit den Kindern gut aus mit der Frau ist es nicht mehr so im Lot also da müssen wir uns etwas einfallen lassen und eigentlich das Wichtigste sind meine Kinder und das Allerwichtigste ist der Kleine, der ruft mich jeden Tag an wie es mir geht oder so und für den lebe ich eigentlich!...weil die anderen brauchen mich nicht und dann ist das Thema eigentlich gegessen, er kommt nächstes Jahr aus der Schule Lehrplatz hat er schon passt eigentlich seinen gewünschten Lehrplatz auch noch: das was er wollte, das ist ich sage ich habe mein Leben eigentlich bloß wenn ich sage ich habe für Familie eigentlich nie viel Zeit gehabt vor lauter Arbeit die haben mich bloß gekannt vom Arbeiten na ja dann als ich halt in der Trinkphase war da haben sie mich natürlich richtig: kennen gelernt und das will natürlich keiner mehr sehen dass ich so absacke weil da bin ich ein anderer Mensch wenn ich trinke; die haben mich lieber so wenn ich streng bin oder...wenn ich meine Meinung sage so wie ich es mir richtig vorstelle und denke ist ihnen lieber als wie wenn ich trinke und sage ‘passt schon!’ oder viel schmarrt man auch wenn man trinkt kommt auch heraus!...was auch viel kaputt macht ist wenn man nicht konzentriert ist wenn man einfach ‘ach das geht schon na ja!’...das habe ich erlebt!...will es nicht noch einmal erleben also muss ich ehrlich sagen weil wenn ich das sehe was da für / gemacht wurden in dieser Zeit sicher:...der Alkohol hat mir geholfen: meinen Stress zu bewältigen aber sonst, und das ich hoffe dass wenn das jemand hört dass der dieselben Gedanken hat dass der auch in sich kehrt; so ich hätte es eigentlich!“ (ebd., 4)

Zu den Beeinträchtigungen durch den Alkohol zählt Herr L. den Verlust des ‚klaren Denkens‘ sowie einen gewissen Realitätsverlust und ein Egal-Gefühl. Die Antwort zeigt auch, dass Herr L. über ein gewisses Maß an Selbstreflexionsfähigkeit verfügt:

„...ich habe nicht mehr klar denken können also mir war das eigentlich wenn ich ein bestimmtes Maß an Alkohol gehabt habe war mir das alles egal `ach das geht schon geht schon geht schon!` obwohl man genau gewusst hat das geht gar nicht! oder schafft es nicht oder sonst etwas: also man übernimmt sich!...weil da kann man das gar nicht mehr steuern was überhaupt Realität ist, das geht nicht.“(ebd., 5)

Durch die Therapie, sowie die Abstinenz hat Herr L. sein ‚klares Denken‘ wieder zurückgewonnen. Seine Antwort gibt darüber hinaus Hinweise darauf, wie er sich gegenüber den Anderen während seiner Trinkzeit verhalten hat. Und er bereut dies auch:

„...ich habe wieder gelernt normal zu denken...und wieder ein bisschen mehr Sinn für Familie gehabt und das war in der nassen Zeit praktisch...eine Nebensache geworden...weil das hat man praktisch für selbstverständlich gefunden dass es so ist, die anderen haben es aber nicht: so angesehen, das ist so /, die haben das zwar geduldet: oder hinnehmen müssen oder sonst etwas aber die waren nicht einverstanden mit der Sache die haben gesagt `na ja er ist halt wieder heute hat er schon etwas getrunken reden wir ihn lieber nicht an!` die haben manches nicht gesagt weil sie es sich nicht getraut haben weil sie gewusst haben wenn ich etwas getrunken habe entweder gehe ich auf: oder sage ich `leckt mich am Arsch!` oder sonst etwas; das war der größte Fehler von mir.“(ebd., 5)

Für seine Zukunft plant er:

„...die Zukunftsplanung die sieht so aus dass wenn ich hier hinausgehe dass ich trocken bleibe, auf meine Gesundheit besser achte, vielleicht auch einmal ich bin ja schon ein Rentner einen 400-Euro-Job und dass ich finanziell ein bisschen besser dastehe weil wenn man mit siebenundvierzig Jahren in Rente geht aus gesundheitlichen Gründen dann ist das auch nicht gerade gut weil es nicht...das...Grüne vom Ei das Gelbe vom Ei, aber ich muss sehen dass ich wieder einigermaßen auf die Füße komme...“(ebd., 6)

Abschließend blickt er nochmals auf sein Trinkerleben zurück:

„...also war es einfach nichts: und das würde ich jedem empfehlen also jeder kann trinken was er mag aber ich habe /// und das ist nichts Gescheites, das kann ich ruhigen Gewissens sagen; normal immer wenn man etwas trinkt ja dann geht es einem besser, es geht einem nicht: besser weil am nächsten Tag sind die Sorgen ja dieselben:...man kann es vertuschen: aber am nächsten Tag kommen dieselben Sorgen wieder! Jetzt man das jeden Tag vertuscht mit Alkohol da kommt überhaupt nichts Gescheites dabei heraus nur Quatsch...und das ist das Problem des Alkoholikers weil er da nur Scheiße baut oder nichts mehr arbeitet oder sonst etwas.“ (ebd., 6)

Die Fremdsicht:

Die Erzählungen des Therapeuten heben einmal hervor, dass Herr L. sich wohl schon immer etwas in seinem Leistungsvermögen überschätzt hat. Durch das viele Trinken hat er den Hof ziemlich verkommen lassen, und er hat zuletzt bei einem Bekannten gewohnt. Davon erzählt Herr L. in seiner Geschichte nichts. Diese doch sehr unangenehmen und auch beschämenden Elemente blendet er aus. Vielleicht deshalb, weil er es auch wirklich nicht so sieht:

„...Herr *Müller hat denke ich mir auch...eine schwierige familiäre Situation durchgemacht, waren ein sehr kinderreiches Elternhaus, ländliche Strukturen, Herr *Müller hat meines Wissens nach einen kaufmännischen Beruf erlernt musste aber dann auch im elterlichen Hof landwirtschaftliche Tätigkeiten bewältigen; Herr *Müller ist jemand denke ich mir der sich...auch immer etwas überschätzt hat in seinem Leistungsvermögen. Er hat zuletzt bei einem Bekannten gewohnt und war wohl mit dem Hof völlig überfordert. Seine Frau hat erzählt dass er den Hof über die Jahre ‚zusammengesoffen hat‘ und runtergewirtschaftet hat. Der eine Sohn ist wohl dabei wieder etwas aufzubauen. Ansonsten sind Selbstwert Selbstbewusstsein sehr niedrig, Anpassungsschwierigkeiten insgesamt; Grundkognition relativ gut mittlerer Bereich würde ich einmal sagen.“(Therapeuteninterview L, 1)

Durch den Alkohol ist insbesondere die Persönlichkeit von Herrn L. beeinträchtigt worden. Auch die unrealistische Einschätzung des Leistungsvermögens erwähnt der Therapeut nochmals. Diese Aspekte sind Herrn L nicht bewusst:

„...die dominanteste Beeinträchtigung bei ihm ist sicherlich...seine Gesamtpersönlichkeit: tendiert so ein bisschen zu einem Narzissmus, ist sehr schwelgerisch in seinem ganzen Verhalten, kann wenig auf...den Punkt kommen, breites Spektrum an Themen vermischt sich, / sehr viel; teilweise ist auch bestehen auch Schwierigkeiten im Nähe-Distanz-Verhalten; versucht viele Sachen über...kumpelhaftes Verhalten zu kompensieren, also da ist die Persönlichkeit schon sehr eingeschränkt, realistische Selbsteinschätzung in puncto eigenes Leistungsvermögen stark eingeschränkt.“(ebd., 1)

Während der Therapie konnte sich Herr L. zunächst durch die feste Tagesstruktur stabilisieren. Der Therapeut sieht, wie Herr L. selbst die Beziehung zu seiner Frau als ein weiteres Thema betrachtet, das bearbeitet werden sollte:

„...ich denke dass es auch wieder sehr wichtig ist dass er Strukturen hat die sind vorher vollkommen weggefallen, sicherlich geht es auch um eine Aufarbeitung...bei persönlichen Problematiken, soweit ich das weiß ist die Ehe auch zerrüttet beziehungsweise wird geschieden, also sehr viel Beziehungsarbeit könnte da weiterhelfen; in der aktuellen Situation ist es ganz schwierig zu beurteilen inwieweit sich das schon verbessert hat weil er eigentlich sehr kurz erst da ist.“ (ebd., 1)

Bezüglich der Zukunft rät der Therapeut, dass Herr L. die besten Chancen hat, wenn er in eine betreute Wohnform überwechselt und nicht mehr in seinen Heimatort zurückkehrt:

„...Zukunftsplanung würde ich sagen auch wieder eine berufliche Eingliederung auf einem niedrigen Belastungs- und Intesitätsniveau aber sicherlich auch verbunden mit klaren Strukturen; ich denke dass der Herr *Müller wenn er in diesen ländlichen Bereich zurückgeht in die alte Wohnsituation in die alte soziale Situation wenig Chancen hat das heißt es müsste wirklich ein kompletter Neuanfang beginnen mit neuer Wohnsituation mit neuer Arbeitsplatzsituation und...eine psychosoziale Begleitung ist unabdingbar auch langfristig meiner Einschätzung nach.“(ebd., 2)

Zusammenfassung:

Herr L. erzählt seine Geschichte mit einem gewissen Appellcharakter. Er warnt andere vor einem solchen Leben. Heute bewertet er sein Trinken als sehr problematisch und deutet auch

an einigen Stellen sein negatives Verhalten im betrunkenen Zustand an, wodurch es zu Konflikten mit seiner Frau und seinen Kindern gekommen ist. Er erwähnt auch, dass er all‘ diese Dinge heute sehr bereut. Was aber genau in den Trinkzeiten passiert ist, darauf geht er nicht näher ein. Vermutlich hat er hier auch viele Dinge einfach nicht mehr wahrgenommen und kann vieles nicht mehr erinnern. Insbesondere erwähnt er nichts über den Zerfall des Hofes. Entweder deshalb, weil ihm dies nicht bewusst ist und er das nie so gesehen hat, oder aus Scham. Sehr fahrlässig erzählt er über das Führen seines Autos ohne Führerschein und einen schweren Unfall mit einem Motorroller.

Zusätzlich hat er neben dem Alkoholismus durch das starke Rauchen gesundheitliche Folgeschäden davongetragen. Er hat mehrere Herzinfarkte und einen Schlaganfall, auf Grund dessen er auch kurzzeitig halbseitig gelähmt ist. Vermutlich hat dies zu den hirnorganisch bedingten Persönlichkeitsveränderungen beigetragen, über die sich Herr L. nicht bewusst ist.

Interpretation Person M

Soziodemographische Daten:

Herr M. ist 48 Jahre alt. Er stammt aus einer Großfamilie und hat fünf Geschwister. Aus einer längeren Beziehung hat er einen Sohn.

Herr M. erzählt wirklich sehr kurz, wie sein Leben verlaufen ist. Er hat berichtet, dass er bereits als Jugendlicher alkoholabhängig gewesen sei und bis zu seiner ersten Therapie täglich getrunken habe. Auch die Beziehung mit einer Frau war durch ständiges gemeinsames Trinken geprägt:

„...also angefangen hat es bei mir mit dem Trinken da war ich schon zehn Jahre alt...und na ja ich habe da von der Oma den Eierlikör gestohlen gehabt ja? weil ich gewusst habe wo er gestanden hatte, so hat es halt angefangen bei mir, und dann in der Clique halt mit zwölf dreizehn waren wir immer so eine Clique und dann haben wir da schon getrunken, da sind wir abends immer schon in die Keller eingebrochen und haben uns das Trinken herausgeholt ja? und in die Schule bin ich auch nicht gegangen; die Eltern haben gar keine Zeit gehabt, die Mutter der Vater war in der Arbeit die Mutter war jeden Tag putzen, und da waren wir jeden Abend und jeden Tag waren wir mit den Kumpels zusammen und haben halt getrunken ja? und das dann über Jahre hinweg ja? ja und als ich dann in die Arbeit gegangen bin die ganzen Dinger wo ich gearbeitet habe waren immer mit Alkohol ja? in jeder Wirtschaft hast Du etwas zu trinken angeboten bekommen ja? ja und so ist das dann halt weitergegangen in meinem Leben, ich habe immer getrunken jeden Tag, ich kann mich nicht daran erinnern dass es einen Tag gegeben hat an dem ich nicht getrunken habe ja? ja was soll ich jetzt weitererzählen? ich bin halt nie in die Schule gegangen, wenig halt, oft hat mich die Oma in die Schule gebracht, ich bin auch schon oft betrunken in die Schule gegangen: halt angetrunken halt ja? und mit fünfzehn sechzehn hat es halt angefangen dass Du gemerkt hast dass Du den Alkohol gebraucht hast ja? ich bin so nervös ich weiß gar nicht richtig was ich erzählen soll!...es war halt immer cliquenmäßig ja? nur mit der Clique unterwegs und dann immer abends Feste gefeiert und so halt immer mit Alkohol halt; habe auch eine Beziehung einmal gehabt und die hat auch getrunken mit der war ich zehn Jahre zusammen da ist auch jeden Tag getrunken worden, ja ich kann nicht mehr sagen weil ich habe halt jeden Tag getrunken.“(Interview M, 1)

Herr M. hatte gewissermaßen ein sehr monotones, gleichförmiges Leben, das er in einem einzigen Rauschzustand erlebt hat. Es werden keine Höhen und Tiefen genannt. Erst am Schluss des Interviews erwähnt er, dass er zuletzt so verzweifelt war, dass er einen Selbstmordversuch unternehmen wollte. Erst durch dieses Ereignis, das vermutlich in seinem Erleben sehr erschütternd war, denkt er um und entschließt sich zu einer Therapie:

„...jetzt am Schluss war ich soweit dass ich mich umbringen wollte ja? weil ich einfach die Nase voll gehabt habe...“(ebd., 2)

Die Sprache, die Herr M. verwendet, ist sehr einfach und emotionsarm. Somit ist es die eingeschränkte Wahrnehmung durch das ständige Betrunkensein, welche zu Erinnerungslücken und einer gefühlsmäßigen Verflachung in der Erzählung führt. Aber auch der vermutlich geringe Bildungsgrad trägt wahrscheinlich zu dieser Art der sprachlichen Darstellung bei.

Beeinträchtigungen durch den Alkohol gibt Herr M. keine an. Jedoch hat er vermutlich die Frage nicht richtig verstanden, was wiederum auf seinen eher schwachen Intellekt hindeutet:

„...Beeinträchtigungen durch den Alkohol? D: ...wie Beeinträchtigungen? körperliche oder wie? I: zum Beispiel! D: eigentlich so nichts! ich habe eigentlich immer schwer gearbeitet in meinem Leben: so mir hat das Spaß gemacht.“(ebd., 2)

Die mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion und auch seine Schwierigkeiten, sich angemessen auszudrücken, werden deutlich, wenn er über die Veränderungen durch seine Therapieerfahrungen spricht:

„...also von meinem Leben jetzt her hat sich nicht viel verändert: die erste Therapie die ich gemacht habe das war in *Regensburg das war zweitausend, und dann war ich eigentlich fast drei Jahre trocken gewesen, bin ich wieder in die Arbeit gegangen ja? und bin dann auch wieder in Kreise hineingekommen in denen getrunken worden ist, habe ich eine Freundin kennen gelernt in dem Kreis.“(ebd., 2)

Bei der ebenfalls sehr einfachen Darstellung seiner Zukunft wird eine sehr eindimensionale Fokussierung auf die Abstinenz ersichtlich. Ihm ist ganz klar, dass er nicht mehr trinken will,

aber ebenso wie sein Leben durch den Alkohol geprägt war, soll die Zukunft vor allem durch seine Abstinenz bestimmt sein:

„...es gibt überhaupt keinen Alkohol mehr: weil jedesmal wenn ich nur eine Flasche trinke kann ich nicht mehr aufhören ja dann bis zum Umfallen! ich weiß auch nicht, steckt das irgendwie bei mir drinnen anders kann ich es nicht erklären, ich denke oft an Alkohol aber ich denke mir immer wieder wenn ich jetzt wieder mit dem Alkohol anfangen das wird immer schlimmer bei mir, immer schlimmer, jetzt am Schluss war ich soweit dass ich mich umbringen wollte ja? weil ich einfach die Nase voll gehabt habe, und ich möchte nicht dass das noch einmal passiert, auf keinen Fall nicht! dass ich wieder ein ganz normales geregeltes Leben führen kann ja? aber mit Alkohol geht das bei mir nicht, ich bringe das nicht auf die Reihe ich habe das sooft probiert, hat nie geklappt, es geht halt nicht.“(ebd., 2)

Die Fremdsicht:

Aus den Erzählungen des Therapeuten erfährt der Leser, dass Herr M. aus schwierigen Verhältnissen stammt und dementsprechend über eine schlechte Schulbildung verfügt.

Der Therapeut erwähnt auch seinen Sohn, den Herr M. in seiner Autobiographie nicht genannt hatte:

„...also der Herr *Mayer kommt aus...sozial sehr schwierigen familiären und...sozialen Verhältnissen es entstand...sicherlich aus einer bestimmten Grundproblematik aus dem Elternhaus heraus, Herr *Mayer...ist in seiner ganzen Grundpersönlichkeit...eher einfach strukturiert; Sonderschule, wurde auch oft vom Jugendamt in die Schule gebracht, wenig Zukunftsperspektiven; sehr früh mit dem Alkohol begonnen, der Alkoholkonsum hat sich nach und nach gesteigert...dann kamen so emotionale Problematiken dazu so mit Beziehungen zu Frauen und so weiter, hat das alles nicht so ganz bewältigt; Arbeitsplatzproblematik durch die relativ niedrige oder...schwache: Schulausbildung; er hat auch aus einer längeren Beziehung einen Sohn zu dem angeblich Kontakt besteht. In seiner Familie war er unter seinen fünf Geschwistern oft das schwarze Schaf.“(Therapeuteninterview M, 1)

Über die Beeinträchtigungen durch den Alkohol sagt der Therapeut:

„...Herr *Mayer hat vielfältige Beeinträchtigungen...sicherlich eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit, die einfache Grundstrukturierung ist eingeschränkt worden durch diesen...extremen Alkoholkonsum, körperlich gibt es...Einschränkungen, dann sind noch sekundäre Suchtfaktoren dazugekommen, starker Nikotinkonsum, wenig Strukturierung und so weiter, aber die wesentlichen Einschränkungen sind...auf der persönlichen Ebene also Persönlichkeitsstruktur und Kognition.“(ebd., 1)

Über die Veränderungen seiner Persönlichkeit ist sich Herr M. nicht bewusst. Ferner sieht er offensichtlich auch keine Einschränkungen im körperlichen Bereich. Denn er selbst führte ja weiter oben aus, dass er weiterhin gerne körperlich arbeite. Sein Erleben ist also offensichtlich ein anderes, auch er lebt streckenweise in einer zeitlosen Welt und nimmt keine Änderungen durch die Zeit und den Alkoholkonsum war.

Zu den Veränderungen durch die Therapie zählt der Therapeut die Verbesserungen der depressiven Strukturen. Herr M. hatte also in der Zeit vor der Aufnahme mit sehr negativen Gedankengängen und Kognitionsmustern zu kämpfen, die auch seinen Selbstmordversuch erklären:

„...beim Herrn *Mayer ist es so dass noch eine depressive Erkrankung dazukam mit...Grübeleien mit...vermindertem Selbstwertgefühl Selbstbewusstsein sicherlich auch durch die...berufliche Situation, und...diese depressive Erkrankung scheint sich durch die Strukturen innerhalb der Einrichtung und auch durch die Arbeitsplatzstrukturierung, geregelter Tagesablauf, Ansprechpartner...verbessert zu haben eigenen Angaben nach ist er...nicht mehr so grüblerisch...über negative Geschichten also so Negativprozesse vollziehen sich nicht mehr in solchen Dimensionen wie vorher.“(ebd., 1)

Herr M. drückt dies in seiner Sprache so aus:

„...das wird immer schlimmer bei mir, immer schlimmer, jetzt am Schluss war ich soweit dass ich mich umbringen wollte ja? weil ich einfach die Nase voll gehabt habe.“(Interview M., 2)

Zusammenfassung:

Herr M. erzählt seine kurze Lebensgeschichte in einer sehr einfachen Sprache. Er stammt aus schwierigen sozialen Verhältnissen und hat sehr früh mit dem Alkoholkonsum angefangen. Er kann sein Innenleben nur schwer verbalisieren und beschreibt ein Leben, welches ganz auf den Alkohol und auf den Alkoholrausch fokussiert und reduziert ist. Aus diesem mehr monotonen und eindimensionalen Erleben werden Emotionen nicht ersichtlich. Er erwähnt kaum Höhen und Tiefen, sondern es entsteht mehr der Eindruck, dass sein Leben in seiner Wahrnehmung so vor sich ‚hinplätschert‘. Ein einschneidendes Lebensereignis, das ihn zur jetzigen Therapie bewegt, ist ein Selbstmordversuch.

Veränderungen der Persönlichkeit und weitere körperliche Einbußen durch den Alkohol sind ihm nicht bewusst.

Interpretation Person N

Soziodemographische Daten:

Herr N. ist 43 Jahre alt. Er ist im Heim aufgewachsen und hat eine Schwester, die ebenfalls dort aufgewachsen ist. Herr N. ist seit über zwei Jahren in der stationären Soziotherapie.

Herr N. schildert am Beginn seiner Erzählung, wie er als Kleinkind von seinen Eltern weg in ein Heim gekommen ist. Dort ist er aufgewachsen und schon in sehr frühen Jahren mit Drogen in Berührung gekommen:

„...ich bin zu Hause aufgewachsen war anderthalb Jahre zu Hause gewesen...dann wurde ich vom Jugendamt mit anderthalb Jahren aus dem Elternhaus herausgeholt bin ins / gegangen, da war ich bis zum sechsten Lebensjahr, habe wenig mitbekommen in der Zeit das ist klar als Baby, dann bin ich mit sechs Jahren ins Kinderheim gekommen in Schirmitz in Leipzig, da war ich dann bis zum zwölften Lebensjahr na ja war mal gut mal nicht so gut war vom Diakonischen Werk aus war christlich erzogen mehr oder weniger die Leute und das ging bis zum zwölften Lebensjahr da bin ich dann auf / gegangen; mit zwölf Jahren hatte ich dann eigentlich auch schon die ersten Kontakte zu Drogen, erst rauchen dann eben Trips dann Heroin...“(Interview N, 1)

Die Folgen des Heroinkonsums waren erste Straftaten und Gefängnisaufenthalte:

„...bis ich dann straffällig wurde das hat nicht lange auf sich warten lassen, mit fünfzehn Jahren bin ich dann das erste Mal größer in Erscheinung getreten mit Heroin also aufgefunden worden mit mehreren Gramm, dann bin ich das erste Mal verurteilt worden nach / fünf Jahre sechzehn Monate; ja habe da aufgehört zu drücken also in der Zeit wo ich im Knast war, habe danach auch nicht mehr damit angefangen als ich aus dem Knast herauskam...“(ebd., 1)

Herr N. hat durch die ohnehin schon sehr schwere Kindheit mit einem Mangel an emotionaler Zuwendung eine schlechte Ausgangssituation für sein Leben. Dieser Gefängnisaufenthalt übt einen weiteren negativen Einfluss auf seine gesamte Entwicklung aus. Wichtige Erfahrungen können nicht gesammelt werden. Er schildert sein Leben auch sehr sachlich mit wenig emotionaler Beteiligung. Der Satz „...bis ich dann straffällig wurde das hat nicht lange auf

sich warten lassen...” (ebd., 1) zeigt ein Deutungsmuster. Er hat vermutlich viele Lebensgeschichten von Heroinabhängigen kennen gelernt, und mit dieser Aussage sieht er sich als eine Person unter vielen Personen. Die Erzählung wirkt so, als ob er sagt: „Was soll ich viel erzählen ist doch ohnehin klar: harte Kindheit, Drogen, Gefängnis – so wie man es halt immer hört, so einer bin ich.“

Nach dem Strafvollzug fängt er an, verstärkt Alkohol zu trinken. Ein Wohnortwechsel führt ihn in eine andere Großstadt:

„...ja von da an ging es dann eigentlich mehr oder weniger mit dem Trinken weiter, gelegentlich vorher habe ich auch getrunken aber nicht in der Regel: und danach ging es dann ziemlich schnell bergauf also mit dem Trinken, mal weniger aber dann ging es immer wurde es immer mehr; und meine letzten Entgiftungen die waren in Leipzig gewesen einundzwanzig zweiundzwanzig im Krankenhaus; dann bin ich 1984 aus Leipzig wollte ich wegziehen: nur ich bin immer wieder mit den Fixern zusammengekommen mit den Drogenabhängigen und habe da keinen Sinn mehr darin gesehen in Leipzig zu verweilen, dann bin ich aus Leipzig weggezogen wollte irgendwoanders ein neues Leben anfangen, bin dann dummerweise in einen Zug in Leipzig eingestiegen habe mir noch etwas zu trinken geholt für unterwegs bin dann habe dann soviel getrunken dass ich wie sagt man eingepennt bin und in München wieder zu mir gekommen bin und da war ich dann vierzehn Jahre gewesen in Stuttgart, kam ich nicht mehr heraus, Großstadt, ich meine, auch alles mit Trinken Drogen Rauchen Tabletten gelegentlich, aber mehr oder weniger war es zum Schluss der Alkohol wegen dem ich mehrere Entgiftungen gemacht habe, die einzelnen Entgiftungen kann ich jetzt nicht mehr aufzählen das sind etliche gewesen mehr als zwanzig mehr als dreißig...” (ebd., 1)

Die große Anzahl der Entgiftungen deutet auf ein Leben hin, das von einem Kreislauf geprägt war: Der exzessive Alkohol- und Drogenkonsum hat ihn regelmäßig bis zur Erschöpfung und Ausweglosigkeit geführt, sodass er immer wieder in Kliniken Entziehungskuren gemacht hat. Auch hier wird wieder aus einer Perspektive erzählt, die im Unterton lauten könnte: „War ein hartes Leben, es lohnt nicht, das alles genauer auszuführen.“

Dann folgt ein Lebensabschnitt, der insbesondere durch einen Wechsel aus Therapien, Rückfällen und erneuten Therapien geprägt war:

„...dann habe ich meine erste Rehatherapie hier in *Würzburg im Rehazentrum...in *Walldürn gemacht 1996, dann habe ich meine eigene Wohnung bekommen in *Landshut beziehungsweise das war vielmehr ein Haus gewesen was ich da hatte, da wurde ich dann auch wieder rückfällig, bin wieder in die Klinik gekommen habe dann wieder eine Entgiftung gemacht wieder in so ein Haus das war dann in der Therapieeinrichtung Augsburg, ja da auch nach Regensburg getürmt mit einer Freundin, wieder rückfällig geworden, wieder Entgiftung alles wie in Bayern wieder, auch wieder Rehazentrum diesmal war es die / gewesen, bin dann auch wieder rückfällig geworden auch wieder eine Entgiftung gemacht...zwischendurch war ich...in *Würzburg gewesen in der Psychiatrie neunzehn Monate, da bin ich eigentlich gesund herausgekommen auch wieder rückfällig geworden, dann bin ich nach *Weiden gekommen auch wieder Therapie vorher also Entgiftung vorher dann siebenundzwanzig Monate *Essen auch wieder // rückfällig geworden, ja und auf Anraten eines Bekannten des Herrn *Schwarz bin ich eben dann in Walldürn gelandet was heißt gelandet: ich muss sagen also wir hatten ja bisher ich bin jetzt ja etwas über zwei Jahre da, in der Zeit kann man sagen hat es mir viel gebracht was heißt viel gebracht? hat mir auf jeden Fall etwas gebracht wo ich eigentlich ich wollte normalerweise gar nicht so lange bleiben, auf jeden Fall hat es mir etwas gebracht und ich vermisse die Zeit nicht hier gewesen zu sein, wie lange ich hier noch bleibe weiß ich nicht das steht nicht in den Sternen aber in näherer Zukunft wird es sich zeigen und dann setze ich meine Ziele auch wieder nach draußen hin...“(ebd., 2)

Zu den Beeinträchtigungen zählt Herr N. insbesondere die kognitiven Defizite im Bereich der Merkfähigkeit:

„...Beeinträchtigungen die sind bei mir eigentlich im Kopf eigentlich ziemlich zu suchen gewesen also ich sage einmal ich bin ziemlich vergesslich gewesen habe vieles vergessen es ist mir danach dann wieder eingefallen aber...es passiert mir heute noch sehr oft dass ich mir abends etwas vornehme und am nächsten Tag...bin ich mir nicht mehr hundertprozentig sicher und muss erst einmal überlegen `was hast Du Dir eigentlich für diesen Tag vorgenommen?` und dann fällt es mir auch wieder ein aber also vom Kopf her sind das schon irgendwie Einschränkungen.“(ebd., 2)

Durch die Therapien hat Herr N. gelernt, seine Aggressionen besser in den Griff zu bekommen:

„...dass ich nicht mehr so aggressiv eingestellt bin gegen andere Personen wie bevor ich hierher gekommen bin, dass ich gegen alle etwas gehabt habe und mich zu allem rechtfertigen musste und so das hat sich in den zwei Jahren auf jeden Fall gebessert.“(ebd., 2,3)

Für die Zukunft plant Herr N., dass er wieder einer Tätigkeit nachgehen will:

„...Ja meine Zukunftsplanung habe ich schon teilweise angesprochen und mit meinem Betreuer auch vor zwei Tagen besprochen dass ich mir erst einmal die WfB (Werkstatt für Behinderte) anschauen werde schauen ob das überhaupt das Richtige für mich ist ob ich da überhaupt eine Perspektive sehe dass ich das auch hinbekomme dahin zu gehen und es mir auch Spaß macht, und Arbeit zu finden ist bei mir jetzt auch eine Hüftsache dadurch dass ich Einschränkungen habe durch zwei Hüftgelenke, ja, wird man sehen mit der Arbeit da kann ich jetzt im Augenblick noch nicht viel dazu sagen.“(ebd., 3)

Die Fremdsicht:

Der Therapeut fasst das Leben des Herrn N. zusammen. Er erzählt von einem gescheiterten Versuch der Kontaktaufnahme zu seinen Eltern:

„...Herr N. ist nach seinen Angaben in eine Familie geboren die drogen- oder alkoholabhängig waren also seine Eltern konnten sich nicht um ihn kümmern er kam nach mit 1,5 Jahren in ein Erziehungsheim zusammen mit seiner Schwester zur Schwester hatte er mal Kontakt zu den Eltern gab es außer einem gescheiterten Kontaktversuch keinen Kontakt er hatte einmal versucht sie anzurufen es ging aber keiner hin.“(Therapeuteninterview N, 1)

Über das Konsumverhalten berichtet der Therapeut unter anderem, dass Herr N. an einem Leberkoma auf Grund von Alkoholismus fast gestorben wäre. Dieses doch sehr markante Lebensereignis hat Herr N. in seiner Geschichte nicht erzählt:

„...Herr N. hat im Jugendlichenalter bereits mit Drogenkonsum und Alkohol begonnen er hat eine Lehre absolviert und danach ist er immer weiter abgestürzt er hat lange Zeit auf der Straße gelebt. Neben illegalen Drogen hat er auch zunehmend Alkohol konsumiert dies ging soweit, dass er in Ansbach im Leberkoma gelegen ist und fast an den Folgen seines

Alkoholkonsums gestorben ist er hat die letzten 10 Jahre eine ganze Reihe von Soziotherapien besucht wurde aber immer wieder rückfällig.“ (ebd., 1)

Herr N. verschweigt sehr viel. Er berichtet nichts über Erlebnisse, es kommt nichts Fröhliches in der Geschichte vor, und er führt nicht genauer aus, welche Probleme und Konflikte es durch sein Trinken gab. Der Therapeut nennt ein ihm bekanntes Beispiel:

„...beim letzten Rückfall scheiterte ein Versuch in einer betreuten WG zu wohnen er hat sich da...auch sehr hoch verschuldet mit Handyrechnungen und anderem Zeug hat aber dafür kein Bewusstsein.“(ebd., 1)

Zu den Beeinträchtigungen zählt auch der Therapeut die kognitiven Defizite, aber auch Persönlichkeitsveränderungen und einen schwachen Antrieb:

„...also bei ihm sind kognitive Beeinträchtigungen da er kann sich Dinge nicht so gut merken und ist auch von der Flexibilität sehr eingeschränkt ich denke auch dass er von der Persönlichkeit her Beeinträchtigungen hat er ist teilweise sehr distanzlos er ist halt allgemein sehr antriebslos bei ihm ist es für mich aber fraglich ob das hirnerkrankungsbedingt ist oder ob er einfach nur faul ist.“(ebd., 1)

Zu den Veränderungen durch die Therapie zählt der Therapeut vor allem die Stabilisierung durch die Gemeinschaft:

„...das ist bei ihm schwer zu sagen natürlich hat es sich stabilisiert und war abstinent und hat sich somit körperlich erholt ansonsten ist er einfach so therapieerfahren dass er sehr genau weiß was er sagen muss damit die Therapeuten zufrieden sind und ich glaube da verbirgt er auch viel von seiner Geschichte her hat er sicherlich sehr frühe Störungen und Defizite an Zuwendung in der Kindheit erhalten ich glaube ihm tut einfach die therapeutische Gemeinschaft gut weil er Leute um sich herum hat.“(ebd., 1)

Bezüglich der Zukunft denkt der Therapeut, dass sich Herr N. mit seinen Vorhaben überschätzt:

„...er möchte ins ambulant betreute Wohnen und in der WFB arbeiten ich glaube dass er das nicht schaffen wird und wieder scheitern wird weil der einfach auf einen stationären Rahmen angewiesen ist er kann nicht akzeptieren dass er einfach manche Dinge nicht schafft.“(ebd., 1)

Zusammenfassung:

Herr N. hatte eine sehr harte Kindheit und Jugendzeit. Er erzählt seine Geschichte sehr kurz zusammengefasst und gibt in erster Linie Fakten preis. Bewertungen und Reflexionen sind kaum vorhanden. Es entsteht der Eindruck, dass Herr N. eine Geschichte erzählt, die eine typische unter vielen Drogenbiographien ist, und dass es sich nicht lohnt, näher ins Detail zu gehen. Allerdings kann man auch vermuten, dass er sehr misstrauisch ist und seine Geschichte so erzählt, wie er es in seinem Leben gelernt hat, sich darzustellen, nämlich sehr wortkarg, um möglichst Nichts von sich preiszugeben, schon gar nicht irgendwelche unangenehmen Dinge.

Insgesamt kommen auch kaum emotionale Bewertungen und Umschreibungen des Geschehenen vor, es wirkt alles sehr kalt. Er selbst erwähnt beispielsweise nicht, dass er im Krankenhaus fast an einem Leberkoma gestorben wäre.

Interpretation Person O

Soziodemographische Daten:

Person O. ist 50 Jahre alt, geschieden und hat einen Sohn, ferner 5 Geschwister. Sein Vater ist bereits gestorben, die Mutter lebt noch. Seine Eltern hatten eine Gastwirtschaft, die heute noch betrieben wird.

Herr O. ist bei seinen Eltern zusammen mit den Geschwistern aufgewachsen. Er beginnt seine Ausführungen mit der Jugendzeit. Dort fanden die ersten Kontakte mit Alkohol statt. Es wurde heimlich probiert und getrunken, für Herrn O. war es eine Phase des Ausprobierens, ohne dass es zu vermehrtem Alkoholkonsum gekommen wäre. Seine Einstellung war damals: „...mit Alkohol habe ich sowieso nichts am Hut!...“ (Interview O, 1) Allerdings fand diese Phase im Alter von 12 – 14 Jahren statt, also relativ früh. (vgl. ebd., 1)

In seiner Ausbildung zum Kellner, die er mit 14 Jahren begonnen hatte, wurde er dann von Kollegen zum Trinken angehalten, obwohl er das gar nicht wollte: „...die Älteren die im dritten Lehrjahr zweiten Lehrjahr waren also nicht alle aber viele die haben dann...nach dem Dienst...Bier getrunken...na ja und dann hat man mitgemacht 'trinke halt auch eines!' 'ja!'...und dann hat man gespielt Kampfspiele gemacht oder nach der Arbeit und ja...Spiele gemacht, das war dann aber auch nicht alltäglich sondern...ich habe das auch nicht vertragen...dann hat es einen älteren Kellner gegeben der hat gesagt 'komm wir gehen hier baden alle!' die hatten eine Flasche Bacardi mit äh Campari mitgenommen mit Orangensaft...da ging halt eines nach dem anderen...und dann hat man das getrunken und dann ging es mir sauschlecht und ich habe gesagt 'ich will das ja gar nicht!'...'ja: mache nur!' und 'das wird schon das ist kein Problem alles doch kein Problem!'" (ebd., 1)

Jedoch fällt auf, dass er sich nicht gegen die anderen durchsetzen konnte und sich hat überreden lassen, vermutlich, um nicht als Außenseiter dazustehen. Gleichzeitig möchte er deutlich machen, dass er doch eigentlich gar nichts dafür konnte, dass es die äußeren Umstände waren. Des Weiteren ist man mit 14 oder 15 Jahren natürlich auch wirklich noch nicht so weit in der Entwicklung, dass man diesem Gruppenzwang standhält. Jedoch erzählt er auch, dass es nicht alle gewesen seien, die getrunken haben. Darüber hinaus sitzt man in Gasthäusern natürlich gewissermaßen an der Quelle zu den alkoholischen Getränken.

Danach kam dann eine Zeit, in der er in München in einem Restaurant gearbeitet hat. Dort war Alkoholverbot und es fiel ihm leicht, keinen Alkohol zu trinken. (vgl. ebd., 2)

Mit 18 Jahren wechselte er dann die Arbeitsstelle und ging auf ein großes Schiff. Dort war es üblich, Alkohol auch während des Dienstes zu trinken. (vgl. ebd., 2) Er machte wieder mit, was die anderen auch alle taten. So wie in seiner Lehre war er bei jenen dabei, die eine gewisse Trinknorm lebten. Zusätzlich ist die neue Lebenssituation zu erwähnen, auch Unsicherheiten charakterisierten ihn zu jener Zeit, er suchte quasi nach Orientierung und Halt, vielleicht auch nach Vorbildern. Schließlich war seine Strategie wieder jene sich anzupassen und das mitzumachen, was die anderen auch alle taten: Arbeiten und trinken. Somit steigerte sich sein Konsum: „...nach dem Restaurant bin ich dann aufs Schiff und von da an ging es bergauf mit dem Alkohol...weil da war es gang und gäbe, sowie ich angekommen bin musste man das ganze Schiff putzen und herrichten und und vorbereiten...und da ist während der Arbeit und nach der Arbeit so richtig kernig losgegangen, ich war damals achtzehn Jahre alt!...ich das war für mich totales Neuland da...ja nun...man gewöhnt sich daran...das dauert eine Woche dauert zwei Wochen dauert einen Monat...das geht so: dahin dann wird es zur Gewohnheit...ja das war insgesamt der große Einstieg zum Alkohol.“ (ebd., 2)

Danach kam die Bundeswehrzeit. Seine gelernte Strategie, sich anzupassen, hilft ihm auch hier wieder, sich zurechtzufinden. „...ja wenn man bei der Bundeswehr ist dann muss man ja das gehört dazu!’ und so habe ich natürlich wieder gleich dazugehört!“ (ebd., 2)

Der Konsum steigert sich weiter, immer öfter trinkt Herr O. jetzt auch schon vormittags. (vgl. ebd., 2) Nach der Bundeswehr kommt er auf die MS Europa, auf der er wiederum alte Arbeitskollegen trifft, mit denen er wieder so verfährt wie zuvor und sogar noch exzessiver:

„...ja und dann bin ich in den Strudel hineingekommen das ist wenn ich so richtig überlege das war dann schon fürchterlich:...man will es erst einmal gar nicht wahrhaben:...aber jetzt die Zeit wo ich hier bin in *Waldbüttelbrunn:...und darüber nachdenke...war es schon...schlimm:...“(ebd., 3)

Danach kehrte er wieder nach Hause zu seinen Eltern und Geschwistern zurück und hat aber weitergetrunken. (vgl. ebd. 3) Im Anschluss eröffnet er eine Pilsbar: „...dann habe ich mich selbstständig gemacht eine Pilsbar aufgemacht in *Würzburg das ist in der Nähe von

*Zellingen wo ich wohne...da ja nun da hat man den Bock zum Gärtner gemacht, da war ich gleich wieder...mittendrin und der Chef obendrein noch...“ (ebd., 3)

Er hat also mit seiner Entscheidung, sich in der Gastronomie selbstständig zu machen, das umgesetzt, was er in seiner Kellnerlehre und in seinen ersten Berufsjahren gelernt hat. Natürlich war er dort wieder in besonderer Weise mit dem Alkohol konfrontiert. Es ist jetzt zu seinem Geschäft geworden, mitzutrinken, Andere zum Trinken zu motivieren und seine Anpassungsstrategie auf Andere anzuwenden. Er hat sich, so gesehen, denen angepasst, die ihn während seiner Ausbildung und auf dem Schiff zum Trinken angehalten und ihm ‚Normen‘ vermittelt hatten. Aus jetziger Sicht hat er damit alles getan, um wieder mitten im Suchtstrudel zu sein, wenn er sagt, er „hat den Bock zum Gärtner gemacht.“ (ebd., 3)

Und er war auch gut in dem, was er dann machte: „...also meine Arbeit und das Geschäft ging wunderbar...“ (ebd., 3) Das Geschäft lief also gut, und er stellte noch eine Studentin ein, wodurch er noch mehr Zeit zum Trinken hatte, und sein Konsum steigerte sich. (vgl. ebd., 3)

Allerdings merkt er zu diesem Zeitpunkt auch schon deutlich die Nebenwirkungen des übermäßigen Alkoholkonsums: „...ich habe sehr viel Zeit gehabt zum Trinken und das da habe ich ja fast schon Blackouts gehabt...danach dann wenn Schluss war war bei mir auch Schluss...“(ebd., 3)

Er beschließt, die Pilsbar zu schließen und hat die Idee, ein Restaurant mit dem Gedanken zu eröffnen, dass dort nicht soviel getrunken wird. (vgl. ebd., 3)

An dieser Stelle erwähnt er nebenbei, dass er dies mit seiner Frau tun möchte, die er inzwischen geheiratet hatte. Das klingt fast so, als ob er einfach so zwischen dem täglichen Trinken eine Frau kennen gelernt und geheiratet hat. In seinen ständigen Räuschen geht dieses Ereignis regelrecht unter.

Jedoch verringert sich sein Konsum nicht, wie anfangs erhofft, er steigert sich noch mehr, sodass das Restaurant wieder geschlossen werden muss und er erneut auf dem Schiff seine Arbeit aufnimmt. (vgl. ebd., 3) Auch aus finanziellen Gründen und auf Anraten seiner Frau fasst er diesen Entschluss. (vgl. ebd., 3)

Dort verbringt er nun die nächsten zehn Jahre, und sein Alkoholkonsum steigert sich weiter. Es wird so schlimm, dass dies bei den Chefs auffällt. Sie sprechen sein Verhalten an, aber er streitet ab, dass er Probleme hat: „...dann wurde es wirklich ja das ist schon exzessiv so richtig volle Kanne und sieben Jahre hat ja...später als ich angefangen habe sind dann die Chefs schon zu mir gekommen und haben gesagt `Herr *Müller Sie arbeiten gut wunderbar: nur der Alkoholkonsum ist das merkt man: riecht man!` und das soll ich einstellen oder ich soll auf Therapie: auf Entzug und dann Therapie; ich habe das damals nicht verstanden ich habe mich angegriffen gefühlt, ich habe gesagt `ich: mir fehlt doch nichts!`...`mir geht es doch gut: die Arbeit der Stress man muss doch etwas trinken!` ja ja: man kann ja etwas trinken...ja man kann ja etwas trinken aber nicht in dem Maß und ich sehe das; ja aber man versteht das nicht soviel und...dann haben sie mich so gedrängt ich soll gehen dann habe ich gesagt `nein: ich gehe nicht!` ich habe dann auch...reduziert...aber es hat auch nichts geholfen...hinausgeworfen haben sie mich nicht: ja und dann wurde das Schiff verkauft oder ausgeflaggt wie das war, wir sind alle entlassen worden...“(ebd., 4)

Herr O. zeigt keine Einsicht in die bereits offensichtlich gewordene Alkoholproblematik. Für ihn stellt eine Behandlung auch eine Bedrohung dar: „...weil ich gedacht habe `die wollen Dir etwas antun!` ich habe das ja nicht gekannt...hätten die mir damals gesagt wie das funktioniert oder; ich habe gedacht das ist eine Bestrafung:...ja Therapie:...Entzug das war für mich wie Gefängnis oder; ich habe es nicht verstanden...“(ebd., 4)

Somit hat ein Mangel an Information über Entzug und Therapie dazu beigetragen, dass er sich nicht darauf eingelassen hat. Für ihn waren diese ominösen Begriffe ‚Entzug‘ und ‚Therapie‘ etwas Schlimmes und Bedrohliches. Außerdem schätzt er sich nicht als behandlungsbedürftig ein, und warum sollte auch das, was er sein ganzes Leben lang gemacht hat, was er gelernt hat, jetzt auf einmal nicht mehr in Ordnung sein?

Schließlich wird er arbeitslos und geht wieder nach Hause. Dort trinkt er weiter und schlägt sich mit Gelegenheitsjobs durch. (vgl. ebd., 4)

Er spricht davon, dass sein Leben „feucht-fröhlich“ (ebd., 4) weitergeht, was darauf hindeuten könnte, dass es immer noch einen Anteil seiner Persönlichkeit gibt, die gerne so leben möchte und Spaß beim Trinken hat. Dieser Ausdruck könnte aber auch der Versuch sein, sein Verhalten vor sich und anderen herunterzuspielen, ‚salonfähig‘ zu machen. Die Folgeschäden

sind offensichtlich noch nicht so gravierend, dass er zur Einsicht kommt, etwas ändern zu müssen. Dies ändert sich jedoch, als er ein Delirium tremens erlebt, worauf er von seiner Mutter ins Krankenhaus gebracht wird.

„...bis ich dann ein Ding gehabt habe wie nennt man das?...ein Delir Delir gehabt weil man da ja Geschäft; also ich habe Wahnvorstellungen gehabt Leute gesehen und also schlimm da hat meine Mutter mich gleich zum Doktor nach / das ist fünf Kilometer weit von uns entfernt und der hat dann gleich gesagt `nach *Rottenbauer!`...und da haben sie mich dann ja zum Entzug und nach dem Entzug bin ich dann gleich nach *Neustadt Aisch zur Reha da war ich vier Monate, habe ich auch gut durchgehalten, mich hat es auch nicht nach Alkohol hingezogen ...“(ebd., 5)

Er macht also seine erste Therapie, verwirklicht aber danach seine Vorsätze nicht, sich einen festen Job zu suchen und fängt wieder mit dem Trinken an. Er hilft wohl zu Hause etwas mit und ist ganz zufrieden mit der Situation: „...da hat es mir gefallen...ich musste nicht so recht viel was ich da; das ist für sein: Geschäft rausgeschmissen haben sie mich auch nicht: und...zugeschaut haben sie nur beim Trinken; es ging dann wieder von vorne los...“(ebd., 5)

Nach zwei Jahren ist er jedoch selbst zum Arzt gegangen und begann erneut eine Therapie. Warum erfährt man nicht, vermutlich haben die Angehörigen doch nicht ganz einfach so zugesehen.

Er wird aber wieder rückfällig und verfällt in die alten Suchtstrukturen. Vermutlich hat das die Situation zu Hause zugespitzt, und er hat vermehrt Probleme bekommen, denn er erzählt: „...und da habe ich gesagt `ich muss jetzt da bleiben ich brauche jetzt den Entzug ich halte es daheim nicht aus ich will hinterher eine Therapie und wenn es die letzte ist und dann will ich auch nicht mehr nach Hause sondern ich muss dann weg!`...“(ebd., 5)

Die Angehörigen waren somit nicht mehr einverstanden mit seinem Trinkerdasein, das er vermutlich in dieser Art und Weise gerne weitergeführt hätte.

Und schließlich geht er zu einer weiteren Therapie, jedoch nach dem Motto „Hauptsache ich bin weg: und jetzt bin ich da!“ (ebd., 6)

Er musste also sein Zuhause verlassen, vermutlich, weil es auf Grund seines Alkoholkonsums zu Auseinandersetzungen mit den Geschwistern und der Mutter gekommen war.

Der Autor dieser Arbeit hat nicht das Gefühl, dass Herr O. von einer wirklichen inneren Einsicht getrieben war, sondern dass er eine weitere Zwischenstation im Rahmen der Therapie macht, um dann in einem neuen Umfeld weitertrinken zu können.

Auf die Frage nach den Beeinträchtigungen durch den Alkoholismus antwortet er, dass er unter Polyneuropathie, insbesondere in den Beinen leide. Des Weiteren glaubt er, leichte Einbußen beim Lesen und Schreiben zu verspüren, das sonstige Denken sei kaum beeinträchtigt. (ebd., 6)

Er fügt einen wesentlichen Punkt hinzu, nämlich dass er seine Ehe ruiniert habe: „...sie hat sich scheiden lassen...die hat gesagt 'Schluss!' ich war ja selten zu Hause sagen wir einmal so:...aber das Selten-Zu-Hause-Sein und wenn ich zu Hause war war ich betrunken oder habe gefeiert eben weil: ich zu Hause war...das hat alles nicht zusammengepasst...dann haben wir uns scheiden lassen...tja aber das hat mir nicht weh getan oder ich habe deswegen nicht getrunken...das war dann kein Problem; der Sohnmann ist war alt genug zwanzig...“ (ebd., 6)

Die Betonung, dass es ihm nicht weh getan hätte, ist merkwürdig. Warum sagt er das? Wenn er immer betrunken war, dann ist es gut möglich, dass er dahingehend keine Gefühle hatte, er hatte seine Frau ja auch bereits während der Trinkphase kennen gelernt. Er hat aber von ihr und irgendwelchen größeren Konflikten bisher nichts erwähnt. Auch von seinem Sohn spricht er an dieser Stelle zum ersten Mal, auch er hat wohl während der Trinkphase keine wesentliche Rolle gespielt. Und nach seinen Erzählungen war er ja kaum zu Hause, und wenn, dann betrunken, sodass die Erziehung wohl die Frau übernommen hatte.

Anschließend betont er aber nochmals, was er bezüglich seiner Zukunft von seiner Familie verlangt: „...ja ich suche mir eine nette Wohnung ich habe ja wie gesagt mit meiner Familie schon gesprochen...ich habe gesagt 'Ihr müsst mich unterstützen dass ich einen festen Sitz bekomme einen festen Halt!'...und ich habe gesagt 'Ihr müsst mehr diktieren zeigen!' also durchgehen muss ich selbst...sie haben gesagt 'wir freuen uns dass Du zu uns kommst und dass Dir das hilft und wir machen das!'...“ (ebd., 6)

Er bittet seine Familie um Unterstützung und verlangt von ihr Halt, und ist er nicht übergreifend symbolisch, der Halt, der ihm immer fehlte in jungen Jahren, den er gebraucht hätte, um sich von Trinknormen und Gruppenzwängen abzugrenzen und sich eben nicht immer anzupassen? Er war ja auch immer auf der Suche nach Halt. Diesen Halt hat ihm natürlich der Alkohol, immer in Zusammenhang mit der Arbeitssituation und den trinkenden Kollegen, gegeben.

In der Antwort auf die Frage nach den Veränderungen durch die Therapie kommen zunächst vor allem kognitive Aussagen über mögliche Folgeerscheinungen. Dann spricht er über Ängste, rückfällig zu werden, er spricht ferner über sein momentanes Denken.

Anschließend wird an mehreren Stellen ein inneres Ringen mit sich selbst ersichtlich, er pendelt zwischen Zweifeln und optimistischer Überzeugung:

„...also ich muss sagen von einer Therapie zur anderen das ist immer besser das ist schon besser geworden und vor allem also das...das Verständnis zum Alkohol wie sagt man denn da? das...was es anrichten kann das ganze...wie soll ich das erklären?...man wird immer gescheiter man wird immer mehr hingeführt sie haben einmal gesagt 'einmal wird wohl nicht reichen!'...zweimal: der eine da reicht auch das nicht der muss dreimal!...das wird immer besser; irgendwann wird man wohl auf den Trichter kommen und wird sagen 'also jetzt ist aber wirklich einmal Ruhe!' ... und ich werde fünfzig dieses Jahr...jünger werde ich auf jeden Fall nicht mehr und...wenn ich jetzt keine Arbeit bekomme und ich bekomme ja eine so ist es nicht:...und wieder rückfällig werden sollte dann geht es bergab also richtig: das mache ich nicht!...das würde mir schon Angst machen!...und jetzt gut dass es mir schlecht geht also der Gedanke: dass ich Angst habe dass wenn ich rückfällig werde dass es schiefgeht also dass es mit dem Leben total schiefgeht das ist gut dass ich diese Angst habe...das ist wie...wenn ich neben neben Walldürn neben Ihnen eine Stelle hätte und die Wohnung auch gleich daneben also da hätte ich schon so viel Angst...das ist gut dass ich etwas trinke (Versprecher) weil ich denke 'da ist jemand da schaut mir einer zu!'...und so etwas brauche ich ich brauche eine Gruppe an die ich mich anschließe die mich immer wieder...also festigen...und; ja das habe ich vorher nicht gemacht ich habe mich keiner Gruppe angeschlossen das war auch ein großer Fehler...ich schaffe das schon ich mache das schon...schafft man es nicht schafft man es nicht:...aber jetzt muss es sein!“ (ebd., 7)

Auffällig ist, dass er nicht von ‚ich‘ sondern von ‚man‘ spricht und sagt „irgendwann wird man wohl auf den Trichter kommen und wird sagen `also jetzt ist aber wirklich einmal Ruhe!““ Des Weiteren ist das ein Hinweis auf seine innere Haltung, eigentlich gar nicht mit dem Trinken aufhören zu wollen.

Seine Zukunftspläne hat er schon weiter oben dargestellt, er möchte weg von zu Hause und in einem neuen Umfeld einen Neuanfang starten. (vgl. ebd, 6,7)

Die Fremdsicht:

Bei der Lebens- und Krankheitsgeschichte sieht der Therapeut, dass vor allem die Zeit auf dem Schiff sehr entscheidend für die Suchtkarriere war: „...jedenfalls war in seinem Leben ganz entscheidend, dass er zweimal für längere Zeit auf einem Schiff gearbeitet hatte dort war es...wohl ein Stückweit normal dass man schon während der Arbeitszeit getrunken hatte und vor allem auch in der Freizeit.“(Therapeuteninterview O, 1)

Im weiteren Lebensverlauf erzählt er von den gescheiterten Versuchen, in der Gastronomie Fuß zu fassen. Auch die Eheprobleme werden erwähnt, sowie eine gewisse Gefühlslosigkeit im Erzählen über die Scheidung: „...schließlich ging dann die Ehe in die Brüche was er immer sehr nüchtern beschreibt.“(ebd., 1)

Das Verhältnis zu seinem Sohn ist auch dem Therapeuten unklar: „...er hat auch einen Sohn aus der Ehe...allerdings habe ich da noch nicht so genau erkennen können ob da viel Kontakt besteht.“(ebd.) Der Therapeut erwähnt die beiden Vier-Monats-Therapien und den erneuten Rückfall. Dies hat sich in den letzten sieben Jahren abgespielt. (vgl. ebd., 1)

Der Therapeut berichtet dann von Schwierigkeiten, die es mit den Angehörigen gegeben hat:

„...die Angehörigen haben auch ziemlich die Schnauze voll von ewigen Versprechungen und unrealistischen Vorstellungen so nach dem Motto ‚und morgen höre ich auf und suche mir eine Arbeit.““ (ebd.)

Der Therapeut glaubt, dass Herr O. extrem süchtig ist. „...und es gab gewaltigen Stress mit Brüdern und Schwestern. Die eine Schwester wurde ja auch Betreuerin, natürlich gegen

seinen Willen er wollte auch hier schon nach kurzer Zeit gehen was völlig schiefgegangen wäre ohne sichere Wohnung und ohne Planung er braucht wirklich eine langfristige Therapie, im Moment muss er noch viel an sich arbeiten, um stabil zu werden. Vor allem habe ich den Eindruck er will innerlich gar nicht wirklich aufhören ihm hat das glaube ich auch gefallen ich erinnere mich dass ein Angehöriger erzählt hat dass er zuletzt immer gerne Wanderungen gemacht hat mit einem Rucksack voller Bier.“ (ebd., 1,2)

Hier werden die Vermutungen bestätigt, dass Herr O. innerlich keine hohe Bereitschaft hat, abstinent leben zu wollen, weil ihm das Trinkerleben auch gefällt, und dass es wegen vieler leerer Versprechungen zu Auseinandersetzungen mit den Angehörigen gekommen ist.

Herr O. stellt dies in seinen eigenen Ausführungen anders dar. Es hört sich da an, als ob ein gutes Verhältnis besteht und alle an seiner Genesung interessiert sind. Er bittet um Mithilfe. Jedoch erscheint seine Darstellung mit diesen Informationen in einem anderen Licht. Er blendet diese Differenzen aus und stellt sich als armen Kranken hin, dem geholfen werden muss. Ja er verlangt regelrecht Hilfe. (siehe oben)

In Bezug auf die Beeinträchtigungen fallen dem Therapeuten kognitive Defizite ein, in Bezug auf die Flexibilität des Denkens und Einbußen in der Leistungsfähigkeit bezüglich der Ausdauer: „...kognitiven Fähigkeiten sind zumindest nach den Testergebnissen noch im Normbereich also was so Gedächtnis und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit angeht die Flexibilität ist aber auch deutlich eingeschränkt vor allem konnten wir beobachten dass die Leistungsfähigkeit also wenn er was längere Zeit machen muss deutlich reduziert ist er wird dann langsamer und stößt an seine Grenzen der Belastbarkeit.“ (Therapeuteninterview O, 2)

Davon hat Herr O. in seinem Interview nichts erwähnt. Wahrscheinlich hat er diese Einsicht nicht.

Des Weiteren fallen Unsicherheiten im Verhalten auf, die der Therapeut aber nicht sicher einordnen kann. (vgl. ebd., 2)

Bezüglich der Veränderungen durch die Therapie sagt der Therapeut: „...also spontan würde ich sagen nix! in der kurzen Zeit hat sich eigentlich noch nichts geändert also dass er trocken war die ganze Zeit das ist natürlich super und sich gesundheitlich stabilisiert hat was ja auch

eine wichtige Leistung ist oder Erfolg er ist halt noch in so einem Zwischenzustand und schwankt ob er bleiben soll oder nicht er ist sehr ambivalent aber auch extrem süchtig.“ (ebd., 2)

Dies entspricht auch den Gedanken der Interpretation weiter oben. Der Eindruck wird also bestätigt, dass Herr O. bezüglich seines Trinkverhaltens sehr ambivalent ist und wenig Einsicht besitzt. In seinen eigenen Darstellungen wird dies nicht von ihm erwähnt. Vielleicht ist es ihm auch nur bedingt bewusst.

Bezüglich der Zukunft gibt ihm der Therapeut nur Chancen, wenn er eine langfristige stationäre Therapie macht:

„also wenn er bleibt und sich wirklich für eine längerfristige Therapie entscheidet dann würde ich sagen hat er gute Chancen noch mal ein gutes Leben zu führen wenn er abbricht dann sehe ich schwarz weil er einfach so auf der persönlichen Ebene sich nicht wirklich über seine Probleme bewusst ist und über die Rückfallgefahren das ist alles ziemlich realitätsfern also wenn er bleibt und dann so den Weg über betreutes Wohnen wählt dann hat er gute Chancen.“(ebd., 2)

Hier taucht wieder etwas auf, was ihm selbst wohl nicht bewusst ist, nämlich persönliche Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Alkoholismus stehen.

Zusammenfassung:

Insgesamt findet man bei Herrn O. einige Divergenzen zwischen der Eigen- und Fremdsicht. Bestimmte unangenehme Dinge werden in seiner Erzählung nicht ausgeblendet, wie z.B. die Auseinandersetzungen mit den Angehörigen oder der Trennungsschmerz bei der Scheidung sowie persönliche Schwierigkeiten und Ehrlichkeit sich selbst gegenüber bezüglich seiner starken Sucht.

Interpretation Person P

Soziodemographische Daten:

Herr P. ist 47 Jahre alt. Er ist bei seinen Eltern, der Tante und der Großmutter zusammen mit seiner Schwester aufgewachsen. Herr P. befindet sich seit über einem Jahr in der stationären Soziotherapie.

Herr P. schildert kurz sein Leben, das bis zu seiner Heirat relativ problemlos verlief. Bis dahin hatte er mit Alkohol kaum Schwierigkeiten:

„...na ja also aufgewachsen bin ich bei meiner Tante; ja weil meine Eltern waren beide berufstätig haben alle beide in einem Schichtbetrieb gearbeitet darum war ich bei meiner Tante immer...und auch meine Oma und so hat mich aufgezogen die hat bei meinen Eltern also bei uns mitgewohnt; dann meine Lehrzeit die war recht schön: ich bin Bäcker ich bin fröhs immer gerne aufgestanden habe auch die Lehre abgeschlossen und dann noch ein Jahr drangehängt; und dann habe ich bei meinem Vater in der Fabrik das Arbeiten angefangen auch als Schichtarbeiter, so eine *Fertigmenüfabrik war das ja da war ich auch einige Zeit; und dann hat mich mein alter Chef wieder angerufen in der Bäckerei da bin ich dann wieder Retour...“(Interview P, 1)

Erst durch Differenzen in der Ehe wurde der Alkoholkonsum zum Problem. Er war überfordert und sah keine anderen Lösung. Die Ehe scheiterte schließlich, und er kehrt zu seinen Eltern zurück. Die Erzählung beschränkt sich auf Fakten. Er nimmt keine Bewertungen vor und klammert Gefühle aus. Diese Art der Darstellung könnte natürlich auch mit seinem eher schwachen Intellekt und seinen Schwierigkeiten, sich auszudrücken, zusammenhängen:

„...und dann habe ich meine Frau kennen gelernt ja geheiratet Kind; und dann ist der ganze Umbau alles gekommen von dem Haus bei ihrer Oma und dann hat das Problem also begonnen mit dem Alkohol, die Arbeit dazu, und das ist mir dann auch irgendwie alles zuviel geworden und ich war da mehr in der Arbeit als zu Hause na ja sie ist dann auch nie weggegangen ich war dann nur noch besoffen zu Hause herumgehangen, bin dann auch besoffen in die Arbeit gekommen das haben die dann auch gemerkt ist ja klar, na ja...dann ist

die Scheidung dann zu Hause bin wieder zurück nach *Fürth umgezogen wo ich dann zuerst bei meinen Eltern habe ich da gewohnt...“(ebd., 1)

Im weiteren Verlauf berichtet er darüber, wie er immer tiefer in den Alkoholismus hineingeraten ist, bis er zum Schluss nur noch mit zwei anderen Alkoholikern bis zur völligen Besinnungslosigkeit getrunken hatte.

Auch hier werden nur sehr kurz und knapp die wichtigsten Stationen sehr sachlich und emotionslos erzählt:

„...dann ist uns das Haus abgebrannt na und ich immer Alkohol getrunken getrunken getrunken bis ich dann überhaupt keine Arbeit mehr gehabt habe; da haben meine Eltern natürlich auch gesagt `jetzt suche Dir eine Arbeit oder Du fliegst bei uns: raus!` und das ist auch passiert: bin ich rausgeflogen, dann habe ich eine Arbeit gefunden als Schausteller wo ich dann sechs oder sieben Jahre gearbeitet habe da habe ich natürlich auch gesoffen: als ich da aufgehört habe bin ich wieder Retour gekommen nach *Fürth na ja in die eigene Wohnung gesoffen keine Arbeit mehr gefunden, dann in *Fürth habe ich mir dann so habe ich mir dann so Kleinigkeiten im Garten oder beim Tapezieren habe ich denen geholfen bis ich dann zum Schluss dann so komisch in einen Nachbarort gekommen bin das sind auch zwei Alkoholiker und da habe ich mich dann zusammengerichtet, da bin ich dann umhergegangen ich habe nicht mehr gewusst was ich mache...“(ebd., 1)

Schließlich greifen seine Eltern ein und überreden ihn zu einem Entzug:

„...und dann ist der Chef gekommen egal: Therapie Entzug alles:...und dann ist...dann habe ich meine Mutter angerufen die ist dann auch gekommen und hat mit mir darüber geredet wie es weitergeht und so ob ich dann Therapie mache, habe ich auch lange überlegt zuerst `mein Gott bin im Entzug! und dann wird es schon wieder werden wenn ich wieder Arbeit finde!` aber dann mein Schwermut und so; Maltherapie und so; und dann war es gut dass ich da nach Walldürn gegangen bin und die haben mir dort sehr geholfen.“(ebd., 2)

Zu den Beeinträchtigungen durch den Alkohol zählt Herr P. körperliche Beschwerden und Wahnvorstellungen im Entzug:

„...ja Beeinträchtigungen das war das mit dem Laufen...ich habe nämlich mit dem linken Fuß nicht mehr laufen können der hat gemacht was er wollte das ist richtig schwer; und dann Zigaretten besorgen vielleicht fünf: Meter bis zum Automaten und dann habe ich nicht mehr laufen können da ist nichts mehr gegangen besser ist es nicht gelaufen!...na ja dass ich ab und zu einmal Gespenster gesehen habe na ja das...im Entzug...das war dann als ich in der Nacht geschrien habe das ist nichts gekommen, da habe ich auch einen solchen Wahn gehabt!“ (ebd., 2)

Ferner erinnert er, dass ihn während dieser Zeit außer seinen Eltern niemand besucht hat. Fast, als ob er aus seinem jahrelangen Rausch erwacht und nun wieder seine Gefühle wahrnimmt:

„...das habe ich aber dann am nächsten Tag erzählt und dann aber das war eine schlimme Zeit da hat mich auch kein Freund oder irgend etwas besucht da ist niemand gekommen!...da sind bloß meine Schwester meine Mutter und mein Vater gekommen zu Besuch und einmal war eine Bekannte dabei das war alles die anderen wollten eigentlich gar nichts wissen von mir mit denen war ich immer so in der Kneipe oder so etwas aber da ist niemand gekommen, mit meinem Bruder war es nichts...“(ebd., 2)

So ist für ihn auch eine entscheidende Veränderung durch die Therapie und die Abstinenz, dass er wieder Dinge wahrnehmen kann, dass es ihm gesundheitlich und psychisch besser geht:

„...also mir gefällt: eigentlich: jeder: Tag: gefällt: mir: das ist wie Frühjahr; ich meine ich bin im Bett umher und schaue und habe noch Fernsehen oder so man kann doch / auch in der Küche: das ist optimal; jetzt komme ich /// ich war am Bauernhof schon oben bei den Pferden das ist super: ist das!...wie die; finanziell ist es auch geregelt, es läuft, besser kann man es gar nicht erwischen!...gesundheitlich ich fühle mich halt einfach besser: es ist das mit dem Bein ist fast ganz weg, ab und zu geht es ins ganze Gerippe hinein aber das ist nicht der Rede wert!...und mir geht es richtig gut: gesundheitlich ich kann wieder ziemlich gut schlafen was ich zuvor nicht gekonnt habe na ja mit dem Alkohol eigentlich schon aber dann ist wieder der Entzug und alles was da hast Du kein Auge zugemacht; und auch so über so grübeln: ist heute auch was besser geworden ist.“(ebd., 3)

Für die Zukunft plant Herr P., dass er wieder selbstständig leben will, und später erhofft er sich auch wieder eine Freundin:

„...Zukunft na ja: ich wollte sagen ich muss schauen inwieweit ich auch bis nächstes Jahr bleibe ja? solange ich halt jetzt noch hier bin und dann muss ich schauen klappt es mit mir dass ich selbstständig werde wenn ich rauskomme, traue ich es mir zu? wenn nicht dann bleibe ich noch hier: und dann möchte ich gerne auch wieder eine Stelle als Bäcker das auf jeden Fall; dann auch eine Wohnung und wenn ich dann einmal wieder zu Geld kommen sollte: dann vielleicht meinen Führerschein wieder machen!...und dann Freundin und aber das das passiert nicht: zuerst eine Freundin das erst einmal dass ich klarkomme Arbeit Wohnung das muss gehen.“(ebd., 3)

Die Fremdsicht:

Die Therapeutin bringt in der Erzählung über sein Leben noch einige weitere Aspekte hinein, die Herr P. selbst so nicht erwähnt:

„...also...er ist ja voriges Jahr hergekommen im...Frühjahr und war...sehr schweigsam sehr still hat überhaupt nicht viel von sich erzählt erst einmal, hat sehr lange gebraucht bis er einigermaßen Vertrauen gefasst...hat dann so hat auch in der Anamnese nicht so: alles erzählt gehabt also es kam dann so nach und nach einfach in Gesprächen heraus...ist sehr...enttäuscht gewesen würde ich jetzt einmal sagen, er hat aber seine Anteile...nicht so gesehen denke ich einmal wie sie waren...er hat Probleme gehabt er hatte wohl in *Fürth früher einmal eine Freundin die hat ihn verlassen dann ist seine Ehe gescheitert...das ging auseinander die Frau hat...wohl ihn auch angezeigt weil er betrunken Auto gefahren ist also er war hat einfach nicht für sich sorgen können hat...ja hat sich denke ich einmal beruflich und privat übernommen hat seinem Vater: zuliebe in der Bäckerei damals aufgehört zu arbeiten...ist in die Fabrik des Vaters gegangen, hat da dann gearbeitet hat sich da: aber letztendlich auch nicht sehr wohlgefühlt ist dann...nach dem Scheitern der Ehe mit...Schaustellern umhergezogen hat ihm...auch nicht gefallen...“(Therapeuteninterview P, 1)

Zu den Beeinträchtigungen zählt die Therapeutin auch körperliche Beschwerden:

„...sein Carbamazepidspiegel muss regelmäßig überprüft werden das heißt er hat irgendwann auch...Probleme mit Anfallsleiden gehabt...das hat er jetzt eigentlich gut im Griff er hat auch...mit dem Blutdruck Probleme das hat er also ist alles medikamentös...eigentlich gut im Griff, er achtet da auch sehr auf sich also denke ich das wird ihm es wird ihm immer besser gehen.“(ebd., 2)

Veränderungen durch die Therapie sieht die Therapeutin insbesondere in seinem gesteigerten Selbstwert und Selbstbewusstsein sowie in der körperlichen Gesundheit. Die Darstellungen der Therapeutin erweitern das Verständnis für Herrn P. Er selbst ist vermutlich auch nicht in der Lage, selbst über sich auf diese Art zu sprechen:

„...mittlerweile: denke ich sieht er das ja ich denke mittlerweile sieht er...seine Anteile schon eher...was war dass er halt einfach doch auch nicht nein: sagen kann dass fällt ihm auch heute noch sehr schwer wenn man merkt er hilft hier überall aus...ärgert: sich dann zum Teil aber dass er das jetzt wieder macht, also ich denke jetzt nur gerade...so wenn er in der Küche: dann wieder einspringt...obwohl eine Springerin da ist die nimmt das ab dass sie etwas macht dann springt er ein weil er es nicht aushalten kann...dass eben niemand: da ist also da hat er schon noch Probleme mit dem Nein-Sagen...was er ganz klar so für sich sieht ist...dass er nichts mehr trinken darf: auch nichts mehr trinken will: kann das aber noch nicht so ganz umsetzen also er weiß noch nicht so recht...wie er das...wie sich das weiterentwickelt; er hat für sich...er sagt also selbst dass er...dass er gesundheitlich: jetzt sehr viel besser drauf ist man hat auch den Eindruck dass es ihm besser geht also ich habe den Eindruck...er ist ausgeglichener geworden also ruhiger nicht: sondern einfach ausgeglichener.“(ebd., 1)

Bezüglich der Zukunft gibt die Therapeutin an, dass Herr P. in eine betreute Wohnform wechseln und wieder als Bäcker arbeiten möchte:

„...er will nicht mehr trinken...kann es sich nur nicht vorstellen; er will: beruflich gerne wieder in einer Bäckerei Fuß fassen.“ (ebd., 2) Und weiter:

„...also ich denke er wird hinausgehen irgendwann ins einzelbetreute Wohnen...er möchte auch nicht direkt hinausgehen in...die völlige Selbstständigkeit sondern möchte...über das einzelbetreute Wohnen dann irgendwann wieder hinausgehen; er träumt von einer Beziehung

inwieweit sich das halt für ihn irgendwann verwirklichen lässt steht auf einem anderen Blatt ich denke das liegt an ihm auch und ja wie er sich halt weiterentwickelt.“(ebd., 2)

Zusammenfassung:

Herr P. hat durch eine Überforderungssituation in seiner Ehe massiv zu trinken angefangen. Dabei sind seine Darstellungen sehr kurz und sehr sachlich. Es werden kaum Bewertungen vorgenommen, seine Erinnerungen sind in einer sehr einfachen Sprache dargestellt. Er hat durch seinen immer stärkeren Alkoholismus immer weniger wahrgenommen und gibt selbst an, dass er zuletzt nicht mehr wusste, was er tat.

Erst durch die Fremdsicht der Therapeutin erfährt der Leser, dass Herr P. insbesondere bei den Anderen die Schuld für seine Situation gesucht und sich als Opfer gesehen hat. Dies hat sich durch die Therapie geändert, sein Selbstbewusstsein ist gesteigert, und er sieht jetzt auch seine Schuld und seine Beiträge zu vielen Konfliktsituationen.

Interpretation Person Q

Soziodemographische Daten:

Herr Q. ist 67 Jahre alt. Er ist bei seinen Eltern aufgewachsen und hat keine Geschwister. Er befindet sich seit über zehn Jahren in der stationären Soziotherapie.

Herr Q. schildert sehr ausführlich sein Leben. Jedoch erwähnt er Alkohol oder Probleme durch Alkohol in seiner Erzählung kaum. Er schildert zunächst seine Kindheit und Jugendzeit, die von der Kriegs- und Nachkriegszeit geprägt war:

„...also ich bin am *24. Mai 1944 geboren in...die Mutter ist geflüchtet, die Russen haben das Haus besetzt und dann es war so: zuerst war ja der Amerikaner bei uns im Haus und dann ist der Russe gekommen, und der Amerikaner hat...gesagt...`wenn Sie wollen können Sie gehen.` und meine Mutter ist dann gegangen, und meinen Vater haben sie mitgenommen schon vorher und haben ihn verschleppt und keiner wusste wo er ist...und daraufhin weil meine Mutter dann alleine war ist meine Mutter zu ihrer Schwester in das Oderbruch also genauer gesagt in die märkische Schweiz das ist bei Bad und da habe ich die Kindheit bis zum fünften Lebensjahr.“ (Interview Q, 1)

Mit der Mutter zieht er dann ins Ruhrgebiet, wo er erfährt, dass sein Vater in einem Gefangenenlager ums Leben gekommen ist:

„...und dann sind wir weiter in das *Ruhrgebiet gezogen da hat meine Mutter jemanden; in der Zwischenzeit haben wir erfahren dass der Vater in Bad Kreuznach genauer gesagt in diesem Gefangenenlager umgekommen ist und das ist so gekommen die Amerikaner hatten die Gefangenen an die Franzosen übergeben und Rheinland-Pfalz war ja französisch besetzt also von Sachsen haben sie ihn nach Rheinland-Pfalz verschleppt und weil Rheinland-Pfalz französisch besetzt war ist er zu den Franzosen gekommen von den Amerikanern und die hatten eine so schlechte Verpflegung dass der Amerikaner denen die Leute wieder abgenommen hat...aber da war es schon zu spät und er ist mit neununddreißig Kilo an / gestorben und er liegt in diesem auf diesem großen Friedhof wenn man bei Bad Kreuznach hinten hinausfährt und da ist er halt beerdigt, also was von ihm übriggeblieben ist, bei neununddreißig Kilo ist ja nichts...“ (ebd., 1)

Im Folgenden lernt seine Mutter einen Mann kennen, mit dem sie zusammenlebt und ein Haus baut. (vgl. ebd., 1) Der Vater hatte Auseinandersetzungen mit Offizieren und musste dann weg in den Westen. Jedoch sind die Zusammenhänge hier nicht ganz klar. (ebd. 2) Die weiteren Aussagen sind auch nicht gänzlich nachzuvollziehen, da Herr Q. zwar viel erzählt, aber die Ereignisse sind ziemlich ineinander verwoben. Er hangelt sich von einem Erinnerungsfetzen zum nächsten.

Auffällig ist, dass ihm insbesondere Gespräche in Erinnerung geblieben sind. So erinnert er, dass er weinend dastand, als die Mutter im Krankenhaus war:

„...die Mutter hat immer über Beschwerden geklagt, der Vater hat ja im Grunde viel schwarz gearbeitet in der Zeit und immer über Beschwerden geklagt; und dann hat sie eine Einweisung bekommen und ist in der Charité gegangen dann war es etwas ganz anderes ist operiert worden und ich habe sie besucht und dann hat sie gesagt 'wir treffen uns dann da und da!' und dann habe ich gesagt 'was?' 'ich komme nicht mehr nach Hause!' ich stand ja weinend da; jetzt hat der Staatssicherheitsdienst die Mutter im Krankenhaus besucht, hat den Vater im Westen besucht dass er zurückkommen soll er hat ja nichts gemacht: die haben ja die guten Leute wegen der Moral: der Arbeitsmoral; und mich haben sie // die haben ja gewusst die Mutter...und das Ende vom Lied war ich habe wegen der Mutter das Haus abgeschlossen die Schlüssel in den Briefkasten geworfen und. I: wie alt waren Sie da? G: vierzehneinhalb!“ (ebd., 1,2)

Dieser Abschnitt zeigt, wie schwierig es ist, seinen Ausführungen zu folgen und zu verstehen, weil er Gedankensprünge macht und Einschübe bringt, die nicht ganz nachzuvollziehen sind.

Im weiteren Verlauf der Geschichte erzählt er vom Einstieg in sein Berufsleben. Jedoch auch hier deutet er einige Dinge an, die nur schwer zu verstehen sind:

„...ich habe die Aufnahmeprüfung wie aus dem FF wir waren damals über fünfhundert und habe dann einen Vorlehrvertrag bekommen und nach dem halben Jahr Probezeit das wurde dann angerechnet wurde der Vorvertrag in einen Lehrvertrag umgewandelt und die haben sie dann wieder hinausgeworfen, und dann habe ich die Prüfung gemacht auch bestanden und habe mich beworben...und dann war noch so eine Fahrerei...bei Wind und Wetter mit dem

Fahrrad und dann habe ich mich beworben und bin auch genommen worden, und dieser hat verschiedene Werke unter anderem...das ist da oben und direkt an der französischen Grenze unten am Kaiserstuhl und dann haben sie mich gefragt ob ich da etwas machen würde am Kaiserstuhl dann bin ich hingefahren, die hatten eine Förderbandanlage so eine Unter-Tage-Förderbandanlage in stehen und wir haben sie nach geschleift und wir hatten Schwierigkeiten in und dann bin ich da hinunter: dann war ich ein halbes Jahr unten habe bekommen die haben mein Zimmer bezahlt und alles und dann hat mich der Chef der damalige gefragt ob ich mit da hinunterkommen würde dann habe ich gesagt 'das ist alles eine Frage des Geldes!' dann bin ich nach Hause: und dann waren wir da und dann haben die gesagt ich soll es mir überlegen und dann habe ich gewechselt dann bin ich hinunter an den Kaiserstuhl und da war ich dann bis ja wie alt war ich denn? einundzwanzig.“(ebd., 4)

Seine schulisch-berufliche Karriere setzt er mit einem Studium fort. Bei der Erzählung baut er an dieser Stelle wieder einen Dialog ein. Schließlich findet er auch eine Arbeitsstelle und heiratet:

„...dann ist mir eingefallen dass es da wunderschön ist, da ist der Schwarzwald Feldberg, 60 Kilometer bis 40 Kilometer bis Colmar hinten die Vogesen also eine herrliche Gegend; da mein Vater eben durch den Krieg dass das im Krieg passiert ist habe ich Halbwaisenrente bekommen habe ich meine Mutter angerufen dann hat die gesagt 'gehe einmal auf das Rathaus!' also Stadthaus sagt man da 'und frage einmal ob die Stadt einen Zuschuss gibt wenn' ich studieren gehen würde auf der Technikerschule, dann habe ich gesagt 'bist Du verrückt? aber ich gehe einmal fragen.' dann ist sie zu dem hin der meine Rente bearbeitet hat bei der Stadt und dann hat der gesagt 'selbstverständlich: er muss uns vorlegen die Aufnahmeprüfung, wenn er die besteht bekommt er.' dann habe ich also bin ich nach gefahren bei Köln...habe dann die Aufnahmeprüfung gemacht und bin wieder nach Hause gefahren; und habe dann Bescheid bekommen dass ich bestanden habe und, am ersten April war das und also ich habe so Arbeiten gemacht für PVC und 'das können Sie doch nicht machen!' und dann das heißt ich habe einen Arbeitsvertrag bekommen dass ich ja wiederkomme!...die Firma hat mich finanziell gebunden; ich habe dann hier mit meiner Rente Stipendium von der Stadt und den Vorvertrag was ich verdient habe da bin ich dann habe meine Zeit abgesessen und habe meine Prüfung gemacht und dann bin ich wieder zurück nach da war ich vielleicht dreiundzwanzig; na ja und da habe ich mich dann so richtig wohl gefühlt, da habe ich dann auch jemanden kennen gelernt habe dann geheiratet.“(ebd. 5)

Trotz dieser doch sehr ausführlichen und detailreichen Darstellungen ist seine Erzählung eine Aneinanderreihung von Fakten und Erinnerungsfragmenten ohne wirklichen emotionalen Bezug.

Eine weitere, wesentliche berufliche Station war eine Beratertätigkeit in einer Teppichfirma. Dadurch ist er in ganz Europa herumgekommen, hat sehr viel Geld verdient, hatte aber kaum mehr Zeit für seine Familie:

„...denen habe ich meine Bewerbungsunterlagen geschickt bis ich Bescheid bekommen habe aus *Weiden, vorgestellt habe ich mich in Gelsenkirchen und gelandet bin ich in *Weiden, na ja und dann habe ich da angefangen...und da ich vom Teppich her kam: unter anderem Teppich also verformbarer: Teppich hat man gesagt 'kümmern Sie sich einmal um die und die Abteilung!'...und die haben damals dreihunderttausend Quadratmeter gemacht und dann haben wir es hochgepeppelt auf knapp 550, dann konnte die Firma konnte man nicht mehr liefern, dann sind die Kunden abgesprungen dann haben wir keinen Auftrag mehr bekommen und dann haben wir 1,2 Millionen Meter auf Vorrat gehabt...es soll ja auch gekauft werden, wir hatten einen Vertreter in Italien wir hatten vier in Deutschland; jedenfalls das Problem war dann es kamen Reklamationen die keine waren: auf einmal ging das nicht da standen die Strukturierung stand off- und war dann wieder weg und so und da haben sie dann gesagt 'Sie kümmern sich jetzt nur noch um die Kundenbetreuung!' dann hatte ich nur noch Kundenbetreuung, ich hatte nichts: verkauft ich habe nur beraten, und in meiner beratenden Funktion bin ich im Jahr vierzig bis sechzig Mal geflogen von Italien über Spanien was weiß ich wo ich überall war: und bin so achtzigtausend Kilometer im Jahr gefahren war nie zu Hause: und das bringt der Familie einen Haufen Geld aber es ist anstrengend, da habe ich...ich bin nach Hause gekommen ja Freitag Abend und die haben bis Samstag Morgen um sechs Uhr gearbeitet, dann bin ich abends um zehn noch nicht: nach Hause da bin ich hinein und habe geschaut auf die Pläne geschaut wie gearbeitet wird, na ja und...“ (ebd., 5,6)

Jedoch folgt nun ein Ereignis, das sein Leben verändert. Er bricht auf einer Sitzung auf Grund einer Hirnblutung zusammen. Die Folge ist, dass er nicht mehr fliegen darf und seinen Arbeitsplatz verliert. Hier taucht auch zum ersten Mal Alkohol in seiner Geschichte auf:

„...irgendwann...haben wir so Tagungen: gemacht so etwas Ähnliches wie Klausur!...aber: das war dann so eine Nachtwanderung wir hatten ja so einen verrückten Chef!...so ausgeflippt so

Nachtwanderungen und so einen Scheiß!...und wir sitzen und wir sitzen da so an der Kaffeetafel und der letzte Satz das haben sie mir erzählt ich hätte die Tasche so beigezogen den Cognacschwenker die Tasche und dann hatte ich den Kaffee und dann gab es ja noch Cognac und dann bin ich aufgestanden und habe einen Schrei losgelassen und habe gelegen, und dann kamen sie einen Arzt, dann haben sie einen Notarzt dann haben sie einen Hubschrauber dann haben sie mich nach *Würzburg dann war ich in *Würzburg...und da war ich rechts: fast gelähmt dann hatte ich ein / Hämatom eine Hirnblutung...und da war ich ein halbes Jahr und ich habe mir nur Gedanken gemacht zur Arbeit ich hatte ja praktisch keinen Arbeitsvertrag, dann kam ich aus dem Krankenhaus heraus und war noch sechs Wochen zu Hause und dann ist das Gutachten gekommen und das Gutachten war der Grund weshalb die Firma mich dann entlassen hat, ich durfte nicht mehr fliegen:...es hätte also passieren; in der Zwischenzeit; ich bin: später wieder geflogen aber wenn das platzt dann bist du hin dann hast Du Pech gehabt!“(ebd., 7)

Er bekam eine hohe Abfindung und wurde in Rente geschickt. Er war zum damaligen Zeitpunkt dreiundfünfzig. (vgl. ebd., 7):

„...und dann bin ich mit einer riesigen Empfindung (Versprecher) Abfindung entlassen!...weil wir haben ja Geld, dann kommt der Staat und hält die Hand auf!...Sie müssen erst so und soviel Geld verbraucht haben und dann springen die wieder ein!...die zahlen Ihnen aber die Vorstellungen: ich habe mich ja einige Male wieder vorgestellt ich habe zwei drei Firmen besucht...aber es stand fest: dass sie mich in Rente schicken!“ (ebd., 7)

Er erwähnt kurz, dass die Beziehung zu seiner Frau nicht mehr gestimmt habe und dass er deswegen ausgezogen sei und in einer Gastwirtschaft gewohnt hat.

Als nächsten Punkt erzählt er, dass er schwer gestürzt sei, nachdem er gegen Mittag zwei Bier getrunken hatte. Spätestens hier kann man vermuten, dass er wahrscheinlich ziemlich betrunken war und zu diesem Zeitpunkt schon massive Alkoholprobleme hatte:

„...dann habe ich ich habe dann mit einer zusammengewohnt; also es hat bei mir zu Hause überhaupt nicht mehr gepasst dann bin ich ausgezogen nach...und dann habe ich erst einmal im Gasthaus gewohnt, und dann ist der Wirt gestorben dann haben die alles umgemodelt...und dann bin ich samstags wollte ich ein Fußballspiel anschauen und dann bin ich frühs zum

Bäcker um Frühstück zu holen und dann bin ich fröhs zum Bäcker und dann bin ich zu gegangen und habe gesagt...und dann habe ich das war so gegen halb elf zwei Bier getrunken zwei kleine Pils, zwei kleine Pils zusammen und das letzte was ich weiß und dann bin ich aufgewacht auf dem OP-Tisch als sie versucht haben mir die Zähne herauszunehmen...und den Chef: den kannte ich vom Stammtisch!...den Chirurg, der stand daneben und, und da habe ich gesagt 'was ist denn los?' und dann sagt er 'Du bist...gefallen!' ich habe mich gedreht, und bin gegen so eine rote Backsteinmauer, und die haben sie doch früher immer so im Karree und wahrscheinlich, und da bin ich dagegen und da musste ich genäht werden...oder bin siebenmal geklammert worden...“(ebd., 8)

Dieser Abschnitt klingt so, als ob er das alles im betrunkenen Zustand erzählt.

Auch der nächste Abschnitt, in dem er von einer Leberpunktion berichtet, die auf Grund von Bakterien im Wasser durchgeführt wurde. Es ist sehr fraglich, ob dies stimmt, denn der Zusammenhang zwischen Leber und Alkohol ist einfach zu naheliegend:

„...und dann habe ich in irgend so einer Bar abends getrunken und die haben das Wasser direkt aus der Leitung, ich habe fürchterliche Bakterien erwischt und als das passiert ist; sie haben mir dann die Leber punktiert und haben und haben die Leber nach Hamburg geschickt, drei Tage später war das da per Fernschreiben ich habe die und die Krankheit, eine Hepatitis habe ich mir geholt!...durch Viecher die da im Wasser waren, na ja; und da ist es mir ziemlich schlecht gegangen als ich aus dem Krankenhaus herausgekommen bin.“(ebd., 8)

Der nächste Erzählabschnitt schildert wieder einen Zusammenbruch. Es wirkt fast so, als ob diese Zusammenbrüche noch die einzigen Vorkommnisse sind, an die er sich aus dieser Zeit erinnern kann. Im folgenden Abschnitt sagt er unter anderem, dass dieser Zusammenbruch nichts mit Alkohol zu tun hatte, aber das stimmt vermutlich auch nicht. Insbesondere, dass ‚sie (Erklärung folgt weiter unten) ihn mit Essen versorgt haben und die Wäsche gewaschen haben‘, klingt eher nach einem fortgeschrittenem Stadium des Alkoholismus:

„...und dann bin ich in ein Gasthaus weiter unten gezogen und da hat es mich dann zusammengehauen...nicht wegen Saufen oder irgend etwas sondern ich war einfach fix und fertig ich habe ja bloß noch ich weiß gar nicht einhundertzwölf Pfund gewogen, ich habe keinen Hunger gehabt nichts mir war ja immer schlecht...und dann ging es dann zum Sozialamt...die haben mich mit Essen versorgt die haben die Wäsche gewaschen alles aber

irgendwann haben die gesagt sie sehen das und werden es melden...und ich habe den Bürgermeister gekannt habe den Doktor gekannt ich habe die alle gekannt: und am Stammtisch miteinander und dann haben sie gesagt `was ist los?`“(ebd., 8)

Im Anschluss wurde er in eine Klinik eingewiesen. Auffallend sind viele unverständliche Sätze in der Erzählung (siehe Anhang). Die Hinweise dazu sind in der folgenden Passage nicht gelöscht. Insgesamt erinnert diese schwer verständliche Art zu erzählen an einen Betrunknen. Überdies weiß Herr Q. vermutlich auch viele Dinge nicht mehr genau:

„...und die: hat gesagt `so geht das nicht!` dann haben sie meine ganzen Klamotten zusammengepackt alles gemacht, dann sind zwei junge Männer gekommen, die hatte sie irgendwie mitgebracht: und dann haben sie das alles nach...und ich bin dann nach / und in / war ich ziemlich lange festgelegt...so vier bis sechs Wochen es wurde immer besser, und dann wollte ich meinen / suchen ich war Freigänger und hatte nichts gearbeitet...(es folgt ein unverständlicher Satz) bin hinter den Berg gegangen, in der Werkstatt habe ich eine Uhr gemacht und (es folgt ein unverständlicher Satz), na ja und dann habe ich mir damals / angeschaut (es folgt ein unverständlicher Satz)...“(ebd., 9)

Im weiteren Verlauf folgt eine Nachfrage nach dem Alkoholkonsum. Er macht deutlich, dass er nie richtig bewusst getrunken hatte. Jedoch geht er gar nicht weiter auf dieses Thema ein, sondern springt einfach fast zusammenhangslos zur nächstbesten Geschichte, die ihm einfällt:

„...ich habe ich habe ich will es einmal so: sagen ich habe eigentlich nie in dem: Sinne gesoffen...ich habe schon: getrunken, ich habe über...diese Unmengen: an Geld verfügt!...für mich war das; ich habe gar nicht gewusst: wieviel ich auf meinem Konto habe: ich habe ein Auto gesehen und gesagt `das gefällt mir!` und dann hat der gesagt `so und so viel.` dann habe ich gesagt `ich lege es Ihnen dahin, ich zahle bar.` dann hat der gesagt `sind Sie verrückt?`, und dann das war ein Audi ein Hunderter // mit Fünfganggetriebe mit allem Scheißdreck!....da ich nichts verkauft: habe das Zeug sich praktisch von selbst verkauft hat und wir vier Gebietsvertreter haben die sind ja letztlich alle entlassen worden ich habe es ja mitgemacht, ich habe die Leute nur sporadisch besucht!...wenn Sie so wollen nur good will; ich habe einen gehabt in Norddeutschland der hat gesagt `das und das machen wir hier, so das und das ist für da und dann bleibst Du eine Woche.` und dann bin ich eine Woche zu dem der hat gehofft ähm 1,2 Millionen ist ja schon ein Kunde, dann bin ich fast eine Woche bei dem

geblieben bin mit dem auf die Yacht gegangen dann hat er ja wie gesagt `ich möchte gerne heute Abend bei Ihnen aber meine Frau: und meine Tochter:´...ja ich habe es ja gewusst!...er hatte gesagt `ich hätte Aufträge zu vergeben.´ so haben wir den gelobt!...so bis um sechs oder halb acht waren wir weg (es folgt ein unverständlicher Satz) `ja was ist denn mit den Aufträgen? dann fahren wir nach Hause!´ dann war ich zu Hause und war auch //, (es folgt ein unverständlicher Satz); ich habe mich nur herumgetrieben!...praktisch, wenn irgend etwas nicht lief oder etwas nicht in Ordnung war oder er gesagt hat `das und das nicht.´ bin ich dahin, und wenn nichts war und ich bin ich einmal im viertel Jahr zu Bestimmten gekommen war es aus!...ich habe Pforzheim gekannt wie meine Westentasche!...die Firma *Wach die war früher in Pforzheim die sind dann umgezogen nach Fichtenau; ich kann Ihnen einmal sagen, da bin ich nur hin und habe gesagt `gehen wir essen?´ `ja: so morgen um halb zehn wollen wir Sie sehen!´ dann haben wir eine halbe Stunde gequatscht, dann gehen wir essen `ja wo gehen wir essen?´ ja was glauben Sie jetzt? wir haben...“(ebd., 11)

Im Folgenden erzählt Herr Q. nochmals von seinen Zusammenbrüchen. Wahrscheinlich war hier schon ein Zusammenhang mit dem Alkoholismus vorhanden:

„...und wenn ich Pech hatte bin ich gar nicht nach Hause gekommen weil gerade Verkehr war oder ein Unfall oder was; und so war das! und irgendwann hat es mich dann halt zusammengesägt!...und mich hat es derartig zusammengesägt das war das erste Mal nein das war das zweite Mal...das erste Mal hat es mich zusammengesägt in / da oben - - // /// das war das erste Mal...und dann hat es mich das zweite Mal zusammengehauen da habe ich schon keine Arbeit gehabt...und da wusste ich jetzt wird es ernst...da war ich ja weiß ich nicht anderthalb bis zwei Wochen war ich ja da...die hatten zwar gemerkt dass irgend etwas gewesen ist aber nachher haben sie es mich dann hängen lassen...“(ebd., 11)

Auch hier wird wieder sehr zusammenhangslos erzählt, man kann nur ungefähr erahnen, was er eigentlich genau meint.

Zu den Beeinträchtigungen durch den Alkohol fällt ihm zunächst nichts Konkretes ein. Er nennt dann den Verlust seines Führerscheins und betont, dass er ja nie richtig getrunken habe:

„...na ja das hat sich bei mir nicht so schlimm bemerkbar gemacht weil das war egal: wenn ich jetzt jemanden da; ich muss ja nicht gesoffen haben ich es war egal: (es folgt ein

unverständlicher Satz), Beeinträchtigung in dem Sinne nicht: aber nachher ich habe meinen Führerschein mir hat man nie meinen Führerschein abgenommen!...ich habe nie einen Unfall gehabt wegen Alkohol ich habe nichts: wenn ich gefahren bin habe ich gar nichts getrunken nichts: ich habe gewusst wenn ich abends unterwegs gewesen bin und am nächsten Tag irgendwo sein musste und fahren musste vier fünfhundert Kilometer und bis man dann zur Ruhe kommen trinkt man ein zwei Bier, das ist dann halt zur Gewohnheit geworden (es folgt eine unverständliche Passage), abends hat man dann bis man zur Ruhe kommt zwei drei Pils getrunken und dann hat man noch gegessen, und wenn man dann das Pech hatte dass der eben gesagt hat (es folgt ein unverständlicher Satz), dabei hatte der Zeit (es folgt ein unverständlicher Satz); 'ich mache das schon.' hat er gesagt...ich habe auch nie gesoffen!“ (ebd., 12)

Die weiteren Ausführungen lenken wieder vom Thema ab. Er berichtet, dass er immer Bier zu Hause hatte, für den Fall, dass Besuch kommt. (vgl. ebd., 12, 13)

Auf die Frage nach den Veränderungen durch die Therapie erzählt Herr Q., dass er kein Verlangen nach Alkohol mehr habe und gut mit Risikosituationen umgehen könne:

„...also ich habe von der vom Trinken ich habe keine Gelüste mehr ich habe Abstand gewonnen, ich kann heute in die Wirtschaft gehen, macht mir nichts...“ (ebd., 14)

Er erzählt von einer positiven Alkoholkontrolle, und anschließend schweift er wieder vom Thema ab und erzählt von seinen Trinkgewohnheiten:

„...ich habe gefragt ob (es folgt ein unverständlicher Satz), ich bin im Großen und Ganzen nie ein Freund von scharfen Sachen gewesen, die (es folgt ein unverständlicher Satz)...ich war mehr für Sachen wie Jever Becks...und was es noch so diese...und dann habe ich in einer Weingegend gearbeitet da habe ich bloß von bestimmten getrunken, ich habe Leute gekannt die haben ein Fass im Haus gehabt und so richtige Härten also ich kann sagen ich kann in die Wirtschaft hineingehen und bin sogar irgendwann einmal beim vorbeigegangen da hat der geschlossen gehabt ich weiß gar nicht wer dabei war war dabei? dann bin ich fast da drüben: also es ist ein (es folgt ein unverständlicher Satz), also ich kann auch damit leben!“ (ebd., 14)

Außerdem sieht er noch eine Entwicklung darin, dass er ruhiger und distanzierter geworden sei:

„...na ja früher bin ich ja anders gewesen ich bin ja...ich bin ruhiger geworden distanzierter geworden...ich sage ja heute den Leuten anders meine Meinung, und was ich überhaupt nicht haben kann das habe ich früher schon gehabt aber früher habe ich es anders gesagt, so Ungerechtigkeiten, wenn ich beschissen werde dann...möchte ich auch wissen warum ich beschissen werde...und wenn jemand meint er könnte mich beschießen er könnte das besser als ich dann hat er sich geschnitten: das gibt es ja immer wieder gell?...dass man sich so in die Lüge hineinreitet aber ich habe da keine Schwierigkeiten...“(ebd., 14)

Bezüglich seiner Zukunft hat er die Hoffnung, eines Tages in eine kleine Wohnung zu ziehen und sich wieder ein Auto zuzulegen:

„...dann richte ich mir eine kleine Wohnung ein...und wenn das gut geht kaufe ich mir wenn ich ein bisschen gespart habe (Herr G lacht) ein kleines Auto: die Zeit wird ja lange, so alt bin ich ja auch noch nicht man kann ja etwas arbeiten oder helfen oder das ist ja nicht das Problem; also ich habe mir vorgenommen wenn es mit der Gesundheit ein bisschen weiter bergauf geht dass ich einmal mit dem Chef rede ob er vielleicht weiß wo man dann erst einmal unterkommen könnte eine kleine Wohnung, muss ja keine Villa sein!...ich brauche ein Zimmer Küche Bad und dann ist der Fall erledigt...“(ebd., 15)

Die Fremdsicht:

Die Therapeutin erzählt nun Aspekte, die Herr Q. nicht erwähnt hat. Sie spricht über die Verhältnisse zu seiner Tochter, zu seiner Frau und zu seiner Mutter:

„...also der *Hans-Jürgen...hat eigentlich nie viel erzählt so über seine Ehe zum Beispiel also da weiß ich nur dass er geschieden ist dass er aus dieser Ehe eine Tochter hervorging, dass er mit dieser Frau wohl auch einen ziemlichen Kampf geführt hatte bezüglich des Sorgerechts, die wollte also auch nicht dass er dieses Kind sieht, er hat also auch überhaupt keinen Kontakt zur Tochter...denkt sich aber manches Mal schon `ach das könnte sie sein!` wenn er jemanden auf der Straße so sieht ja? also das ist alles was...was er da eigentlich so darüber erzählt hat; er hat...eine sehr enge Bindung zu seiner Mutter gehabt auch noch...lange also wie er schon

geschieden war wie er dann auch berufstätig war, die hat er also auch immer so mit dem Vornamen genannt er war also da der Herr im Hause und der Macher...wobei er natürlich auch geschaut hat dass er zu Hause wegkommt als er gemerkt hat die...tut ihm jetzt irgendwie nicht so gut...die Mutter will ihn nur noch betüddeln ja? aber er ist gerne nach Hause gekommen und hat sich dann verwöhnen lassen, hat aber auch die Mutter verwöhnt; er erzählt viel von der Kindheit dass er wo er da überall war was er alles angestellt hat; und bringt das dann auch immer wieder in die Gruppe ein auch wenn es überhaupt nicht passt das ist ihm völlig egal!“ (Therapeuteninterview Q, 1)

Ferner berichtet die Therapeutin, dass Herr Q. über Alkohol und seine Sucht sehr wenig erzählt. Das Trinken war eng mit seiner beruflichen Tätigkeit verbunden:

„...lustig also was heißt lustig es ist eigenartig über die Sucht...verliert er relativ wenig: er sagt aber selbst also es ist sehr eng verbunden mit seinem beruflichen Werdegang er hat ja also er hat ja eine tolle Stelle gehabt er hat...unter anderem auch...ein Patent entwickelt über...diesen Wildlederersatz und...musste da dann in den Außendienst gehen also Kunden akquirieren erst einmal Kunden...ja Kunden fangen praktisch und die dann auch beraten und wie sagt er immer?...Kosten haben überhaupt keine Rolle gespielt das ist also auch jetzt noch so seine Sache `was kostet die Welt? also das können wir uns schon leisten!` er hat also da immer dann die Leute eingeladen und hat mit denen dann natürlich auch getrunken: um die weil es dann halt leichter war ja? hat er aber nie gesehen dass er da irgendwie abhängig ist, also manchmal kommt das jetzt so heraus dass er wohl sagt `na ja das war es schon ich musste ja immer mittrinken das wäre ja nicht gegangen dass ich nicht trinke!` und...ja er erklärt sich das halt so dass er hier ist deshalb: ja? und das war eigentlich so seit ja seit den achtziger Jahren so, weil Mitte der achtziger Jahre ich kann es jetzt nicht genau sagen das genaue Datum hätte ich nachlesen müssen...Mitte der achtziger Jahre hatte er da das Patent bekommen, da ging das dann los, da hat er dann so gute Geschäfte gemacht dass er praktisch nur noch im Außendienst war...für den letzten Job na ja er ist ja...so zwei Monate im Jahr war er ja praktisch nur auf Achse mit dem Flugzeug, er war also in ganz Europa unterwegs in ganz Europa hat er dann natürlich auch...den großen Zahlemann gespielt musste: er ja ganz einfach für die Firma, so hatte sich das da eigentlich dann entwickelt er konnte dann auch nicht mehr heraus...“ (ebd., 1)

Auch vom Verlust der Arbeit und den Zusammenbrüchen berichtet sie:

„...es war dann auch so dass er...letztendlich seine Arbeit verloren: hat und zwar...kann ich nur sagen was er erzählt:...er hat dann so erzählt also der Zusammenbruch der kam ganz einfach bei ihm unweigerlich...dann hat er eben seine Arbeit verloren hat eine Abfindung bekommen und ist dann auch...lange im Krankenstand gewesen.“(ebd., 1)

Die Therapeutin beschreibt die Uneinsichtigkeit des Patienten in seine Krankheit:

„...und ist jetzt schon zwölf Jahre bei uns; ja...und diesen; er hat nie: verstanden dass er Alkoholiker ist er hat das immer bestritten und war grantig und war böse: und hat immer über die Ärztin geschimpft so in den ersten Jahren hat sich eigentlich jetzt gelegt, also ich habe da lange nichts mehr gehört `die hat mich ins Krankenhaus gebracht und ich hatte ja nur ein Hämatom im Gehirn!` oder so `aber Alkohol: ich war ja nie abhängig!` das hat sich jetzt so langsam in seinem Gedankengang auch hat er es relativiert also er sieht jetzt schon dass da eine große Gefahr war...“ (ebd., 2)

Hier werden des Autors Annahmen bestätigt, dass es sich bei den Erzählungen über das Hämatom, die Leberpunktion und die Zusammenbrüche um alkoholbedingte Zusammenhänge handelt.

Herr Q. leidet nach Angaben der Therapeutin insbesondere an hirnorganischen Beeinträchtigungen:

„...körperliche Beeinträchtigungen also er hat Probleme mit seinen Beinen mit den Armen mit dem Kreuz...das zwar auch durch die Arbeit bedingt ist aber auch vom Alkohol also...Polyneuropathie...und ich denke das Gravierendste das sind eigentlich seine hirnorganischen Beeinträchtigungen, na er ist Korsakow-Patient...ja und so ich denke...er ist ein klassischer Korsakov-Patient er also er erzählt mir auch immer...das stimmt ja alles überhaupt nicht ja? Beispiel...Bilder gezeigt am Anfang von dem Test den ich damals gemacht habe ja? und am Schluss wie er dann noch einmal die Bilder eben aufzählen sollte was er sich gemerkt hat hat er mich für blöd erklärt hat er gesagt `he: werde ich hier jetzt verarscht oder was? Du hast mir überhaupt keine Bilder gezeigt!` ja...sein Nähe-Distanz-Verhalten ja...“ (ebd., 2)

Diese Ausführungen lassen natürlich seine Geschichte nochmals in einem anderen Licht erscheinen. Der Autor hat ja an manchen Stellen bereits vermutet, dass die eine oder andere Erzählpassage nicht stimmt.

Spezielle Veränderungen durch die Therapie gibt es kaum. Ein Erfolg ist, dass er abstinenter lebt und etwas mehr Krankheitseinsicht zeigt:

„...na ja das Wesentliche denke ich dass er irgendwo doch eingesehen hat dass er abhängig ist...und dass er also nicht mehr trinken kann: und dass er auch weiß...das ist schwierig!“ (ebd., 3)

Die Zukunft schätzt die Therapeutin absolut anders ein als Herr Q. selbst. Sie geht davon aus, dass er in der stationären Einrichtung bleiben wird und nicht mehr selbstständig leben kann:

„...hat dann auch...ich sage einmal was da so die Zukunftsperspektive für ihn ist...weiß ich nicht, hat er lange nicht mehr geäußert wenn ich ihn frage äh 'wie sieht es aus?' weicht er immer ein bisschen aus er hat vor Jahren immer noch gesagt ja er hat im Badischen ganz viele Bekannte und ganz viele Freunde also da geht er hin: und kam aber nie in die Pötte also er hat es nie auf die Reihe gebracht da irgend etwas zu unternehmen auch nicht äh besuchsmäßig oder was das hat er einfach nicht geschafft...jetzt: wenn ich ihn darauf anspreche 'na wie sieht es denn aus? Sie haben immer davon geredet dass Sie im Badischen viele Freunde haben!' 'na wer soll denn da noch sein da ist doch niemand mehr!' also ich denke er hat realisiert er kann im Grunde genommen nirgends mehr hin, er wird hier: bleiben solange es geht!“ (ebd., 2)

Zusammenfassung:

Die Geschichte des Herrn Q. ist eine sehr lange und ausführliche Beschreibung seines Lebens. Herr Q. war ein sehr vermögender Mann und ist beruflich sehr viel unterwegs gewesen. Besonders die Kontaktpflege zu den Kunden war eng mit dem Alkoholismus verbunden.

Jedoch werden Zusammenhänge mit dem Alkohol fast gänzlich ausgeblendet. Er erwähnt die Suchtproblematik nur am Rande und ist sich dieser in seinem Erleben nicht wirklich bewusst. In seinen Erinnerungen ist er sehr sprunghaft und kommt in seiner Erzählung von einem Thema zum nächsten, so wie es ihm gerade einfällt. Viele Passagen sind auch sehr

unverständlich. Die Erzählung wirkt fast so, als ob er betrunken berichtet. Einzelne Passagen werden detailliert und spannend dargestellt, sie fesseln den Zuhörer beziehungsweise den Leser. Jedoch fehlen emotionale Bezüge, alles wirkt sehr distanziert. Außerdem werden unangenehme Ereignisse nicht erwähnt, wie etwa die Eheprobleme. Gerade die letzte Zeit vor der langjährigen stationären Therapie ist geprägt von Zusammenbrüchen, an die sich Herr Q. noch erinnern kann.

Seine Zukunftseinschätzung ist nicht realistisch. Über seine massiven hirnorganischen Beeinträchtigungen, im Besonderen über die Persönlichkeitsveränderungen, ist sich Herr Q. nicht bewusst.

20. Ergebnisse

In diesem Kapitel möchte der Verfasser die interpretierten Daten bündeln, zusammenfassen, diskutieren und aus den Ergebnissen weitere Hypothesen ableiten.

Dabei ist mit der Darstellung und Interpretation der einzelnen Interviews in ihrer Individualität bereits ein wesentliches Anliegen dieser Arbeit erreicht. Es geht im Folgenden darum, übergreifende Erkenntnisse zu gewinnen.

Zunächst wird auf die offenen Erzählabschnitte und die Interviews und Interpretationen insgesamt eingegangen. Anschließend werden Fragen nach Beeinträchtigungen, Veränderungen durch die Therapie und Zukunftsperspektiven einzeln behandelt.

Die erzählten Geschichten sind überwiegend sehr leidvolle Lebensschicksale. Beschrieben werden von den Betroffenen vor allem negative Ereignisse, Schicksalsschläge, die zum verstärkten Alkoholkonsum geführt haben. Es kommt zu Teufelskreisläufen, ein negatives Ereignis folgt oft dem anderen und führt zu immer mehr Alkoholkonsum, ja zu einem sehr schweren Alkoholismus. Die Erzählpunkte sind meist extrem einschneidende Gegebenheiten, die entweder eine Unterbrechung des Trinkens bewirken oder einen verstärkten Konsum. Diese Schlüsselstellen sind z.B.:

- Ereignisse wie Unfälle (vgl. Interview A), Zusammenbrüche (vgl. Interview B,Q), Scheitern von Beziehungen / Ehen (vgl. Interview A, C, D, F, G, K, O), Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. Interview C, F, M, P), körperliche Erkrankungen (vgl. Interview C, D, L), Suizidversuche (vgl. Interview F, M), Straftaten, Gefängnisaufenthalte (vgl. Interview G, H, I, N,)

Es werden im Prinzip keine positiven Ereignisse über die Trinkzeit berichtet. Erst im Zusammenhang mit der Therapie kommt es zu positiven Äußerungen.

Der Erzählstil ist ein sehr sachlicher in einer sehr einfachen Sprache. Natürlich muss man berücksichtigen, dass die Betroffenen überwiegend aus einem eher schwachen sozialen Milieu kommen und sich deswegen nicht so gut ausdrücken können.

Auffallend ist aber, dass kaum Gefühle im Zusammenhang mit den Ereignissen beschrieben oder geäußert werden, Schicksalsschläge oder Katastrophen werden eher distanziert, kühl und verflacht wiedergegeben. Es wird auch nicht sehr facettenreich erzählt, was z.B. um ein Ereignis herum noch passiert ist, was andere Menschen dazu gesagt hatten, was damals

gesehen, gehört wurde und was das vielleicht bewirkt hat. Es kommt kaum zu Bewertungen wie z.B. „...das war ein schöner Tag, ich erinnere mich, da hat die Sonne geschienen, ich war glücklich....“ - oder im Bezug auf negative Ereignisse: „... es war ein schlimmer Tag, ich war am Boden zerstört, es war furchtbar, es hat mir sehr weh getan...“ Die Erzähler sehen sich in erster Linie in einer Verkettung von negativen Ereignissen und erzählen diese sehr monoton, emotionslos und oft sehr wortkarg. Teils wird auch sehr verwirrend und widersprüchlich erzählt, so dass die Chronologie der Geschehnisse nicht stimmt. (vgl. z.B. Interview B, F, G, Q)

Die Teufelskreisläufe der Sucht führen einige in die völlige Verwahrlosung. Sie haben selbst ihre nahe Umgebung, ihren Haushalt oder Wohnung vernachlässigt und sogar die eigene Körperhygiene. (vgl. z.B. Interview D, J, K) Dies geht einher mit einem Egal – Gefühl, einer großen Gleichgültigkeit gegenüber der Welt, den anderen Menschen und Dingen. (vgl. Interpretation Interview C, D, I, J, L,)

Dies führt zur Frage, wieso wird auf diese Art und Weise erzählt, woher kommt diese Gleichgültigkeit? – eine nahe liegende Erklärung liegt auf der Hand:

Dazu muss man sich bewusst machen, wie, in welchem Zustand die Lebensereignisse damals aufgenommen und im Nervensystem gespeichert wurden. Man muss davon ausgehen, dass die Betroffenen die meiste Zeit wirklich schwer betrunken waren und deswegen gewisse Passagen verzerrt erlebt oder ganz vergessen haben. Die Wahrnehmung eines schwer Berauschten ist getrübt (vgl. Kapitel über die Wirkung des Alkohols), da gewisse Bereiche des Gehirns mit zunehmendem Blutalkoholspiegel stark beeinträchtigt oder ausgeschaltet werden. Gefühle sind betäubt, die Welt um den Betrunkenen wird zunehmend ausgeblendet, der Gesichtskreis wird immer kleiner, es entsteht immer mehr ein Tunnelblick, mit einem immer eingeschränkteren Wahrnehmungsfeld.

Dadurch wird die Emotionslosigkeit und Distanziertheit der Erzählungen verständlicher und auch, warum Ereignisse nicht „ausgemalt“ oder facettenreich geschildert werden.

Und das macht auch die entstandene Gleichgültigkeit bis hin zur Verwahrlosung verstehbarer. Die Menschen sind einfach so sehr den Wirkungen des Alkohols verfallen, dass sie alles um sich herum zunehmend ausgeblendet haben.

Eine weitere Erklärungsebene sind hirnorganische Schädigungen in den Bereichen, die für emotional - motivationale Funktionen zuständig sind und zu einer Verflachung des Gefühlslebens führen können. (siehe Kapitel über hirnorganische Schädigungen).

Nun entsteht aber die Frage, wie diese Ereignisse im Nachhinein bewertet werden, also im Sinne eines Ich – Bezuges zur Krankheit? Wir gingen ja davon aus, dass der Erzählstandpunkt, die Jetzt – Perspektive immer automatisch in der ganzen Erzählung mitschwingt und enthalten ist, in jeder Lebenserfahrung.

In den Interviewinterpretationen wurde deutlich, dass explizite, reflexive Aussagen bezüglich des eigenen Lebens und der Krankheit kaum getroffen worden sind. Die Erzählperspektive und der Standpunkt können meist nur indirekt erschlossen werden, vor allem durch die Schilderung der Beeinträchtigungen und der Veränderungen durch die Therapie. Letztere etwa durch die Bildung von Umkehrschlüssen, indem das abstinente Leben mit dem Trinkerleben verglichen wird. Die Ergebnisse dieser Passagen sind im Anschluss ausführlich dargestellt.

Dazu sollte auch bedacht werden, dass das autobiographische Bewusstsein vermutlich auch durch die hirnorganischen Schäden, wie z.B. die verminderte Flexibilität des Denkens, mehr oder weniger stark eingeschränkt ist. Eine Geschichte zu erzählen und gleichzeitig aus heutiger Sicht zu bewerten bedeutet womöglich eine Überforderung. Die meisten Therapeuten haben von kognitiven Defiziten ihrer Klienten berichtet (vgl. Therapeuteninterview A, B, D, E, F, G, H, K, L, N, O, Q)

Nur in wenigen Interviewpassagen wird explizit Stellung zur Krankheit genommen. Einige, in denen über den Alkoholismus geurteilt wird, möchte ich hier nochmals wiedergeben:

Herr C: „...aber das war der falsche Weg...“ (Interview C, 1); Herr F spricht von der „blöden Sauerei“ (Interview F, 5)

Frau D „...ich sage ja für mich ist es hart weil es fällt mir schwer, ich denke auch oft darüber nach wenn ich in meinem Zimmer sitze dann denke ich `ach warum musste das alles so sein?`...es war eine harte Zeit; und es ist auch jetzt noch eine harte Zeit für mich weil ich viel darüber nachdenke...“ (Interview D, 5)

Herr J: „...na ja und irgendwie meine ganze Einstellung und so weiter die Lebenseinstellung: ist unter aller Sau gewesen, weil ich habe ja nun; wenn mir jemand etwas gesagt hat `trinke nicht soviel!` `höre auf mit dem Trinken!` oder `trinke nicht soviel!` da habe ich meistens gesagt `ja was wollt Ihr denn?` sage ich `trinke ich verrecke ich, trinke ich nicht: verrecke ich

genauso!' sage ich `ist doch sowieso scheißegal nach mir fragt sowieso kein Mensch!'...“(Interview J, 5)

Frau K: „...also heute ich war ist mir klar dass das alles der richtige Weg war weil anderweitig hätte ich mich vielleicht kaputt gemacht...wer weiß ob ich noch leben würde oder was sonst aus mir geworden wäre, ...“ (Interview K, 2)

Herr L: „mit Alkohol da kommt überhaupt nichts Gescheites dabei heraus nur Quatsch...und das ist das Problem des Alkoholikers weil er da nur Scheiße baut oder nichts mehr arbeitet oder sonst etwas.“ (Interview L, 6)

Der Alkoholismus und die Lebensereignisse während dieser Zeit werden sehr stark negativ beurteilt und abgewertet. Das eigene Leben und die gesamte Trinkzeit, die ja bei den Meisten Jahrzehnte andauert hat, und vor allem auch die Lebenseinstellung zu dieser Zeit, wird als etwas Schlimmes gesehen, was das Leben zerstört und kaputt macht. In so einer Perspektive steckt sehr viel Selbstabwertung und Negativismus.

Nimmt man nun die Therapeuteninterviews hinzu, so fällt auf, dass die Erzählenden bestimmte Gegebenheiten nicht erzählen. In fast allen Interviewinterpretationen wird deutlich, dass schmerzhaft oder mit Schuld behaftete Ereignisse, wie z. B. eigene Anteile an Kontaktabbrüchen verharmlost oder nicht erzählt werden. (vgl. Interviewinterpretation A, C, E, F, G, I, J, L, M, N, O, Q)

Weiter fällt auf, dass oftmals aus einer Opferhaltung heraus erzählt wird. Es wird externalisiert, die Schuld für das eigene Verhalten wird bei äußeren Ereignissen gesucht. (vgl. Interpretation Interview A, E, J, G, N, O, P)

Daraus lässt sich eine weitere Hypothese ableiten, nämlich, dass bestimmte Ereignisse im Sinne von Abwehr, von einer Unlustvermeidung nicht erzählt werden, weil es bei all den offensichtlichen negativen Ereignissen zu schmerzhaft oder schamhaft wäre. Es wird sozusagen versucht, bei all den schlimmen Erfahrungen sich noch möglichst gut darzustellen und die Schuld an den Geschehnissen z.B. der Umwelt zuzuschieben.

Inwieweit dies ein bewusster Vorgang ist, ist schwer zu beurteilen. Versetzt man sich in die Situation eines Betroffenen, der auf ein Leben aus einer Anhäufung von Unglücken zurückblickt, die „besser nicht so passiert wären“, die „nicht passiert wären wenn nicht

getrunken worden wäre“, so entsteht, wie oben beschrieben, eine sehr selbstabwertende, schuldhafte und negative Haltung gegenüber dem eigenen Lebenslauf. Dennoch werden im Erzählvorgang viele negative Ereignisse erinnert und dadurch liegt nahe, dass zumindest ein Teil der Verschönungen, Ausblendungen oder Vertuschungen unangenehmer Geschehnisse ein bewusster Selektionsvorgang ist. Vermutlich wird aber ein großer Teil auch unbewusst verdrängt, weil die negativen Erfahrungen beispielsweise zu schmerzhaft wären.

Dies könnte auch erklären, warum einige Klienten nur ganz kurz erzählen und kaum etwas von sich preisgeben. Und es könnte auch eine plausible Erklärung dafür sein, dass so wenig explizite Aussagen über die Krankheit getroffen worden sind.

Eine weitere Erkenntnis sind die ambivalenten Phasen, der Kampf mit dem Aufhören, der in vielen Interviews beschrieben wird (vgl. Interpretation Interview A, C, D, F, H, J, K, L, O, P). Er zeigt, dass immer wieder ein Bewusstsein und/oder eine Bestrebung da war, dem „Elend des Trinkerteufelskreislaufes“, dieser „Anhäufung von Unglück“ zu entkommen und dieses beenden zu wollen. Jedoch war das Suchtverlangen meist größer.

Beeinträchtigungen, Veränderungen durch die Therapie und Zukunftsperspektiven

Die verschiedenen Antworten auf diese Fragen werden vom Verfasser zusammengefasst dargestellt. Dabei werden jeweils zuerst Punkte aufgelistet und gegenübergestellt, die von den Betroffenen und den Therapeuten genannt wurden. Im Anschluss findet man Aussagen die nur von den Klienten und nur von den Therapeuten genannt wurden. Daraus werden jeweils wichtige Erkenntnisse abgeleitet und Hypothesen aufgestellt.

„Welche Beeinträchtigungen haben Sie durch Ihre Krankheit?“ bzw. „Welche Beeinträchtigungen hat Herr/Frau ... durch ihre Krankheit?“

:

- „Gedächtnisschwierigkeiten“ (vgl. Interview B, D, K, N; vgl. Therapeuteninterview A, B, D, E, F, K, N, Q)
- „Verwahrlosung – Vernachlässigung der Körperhygiene und der Umgebung“ (vgl. Interview J; vgl. Therapeuteninterview J)
- „eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit“ (vgl. Interview G; Therapeuteninterview G, N, M, O)
- „Probleme mit dem Laufen“ – was den Symptomen einer Polyneuropathie entspricht (vgl. Interview B, O, P; vgl. Therapeuteninterview P, Q)
- „Die Ehe ist auf Grund des Trinkens gescheitert“ (vgl. Interview A, O) – hier muss man jedoch berücksichtigen, dass Aussagen über gescheiterte Ehen bei vielen bereits im freien Erzähltext genannt wurden (vgl. Interview A, C, D, E, F, G, K, O)
Herr E, Herr J und Herr P gaben an, dass sie auf Grund der Eheprobleme zu trinken angefangen haben (vgl. Interview E, J) Bei diesen Herren wird jedoch in den Therapeuteninterviews deutlich, dass hier auch das Trinken zur Ehescheidung beigetragen hat (vgl. Therapeuteninterview E, J, P) Bei Herrn Q wird nur von der Therapeutin die gescheiterte Ehe erwähnt (vgl. Therapeuteninterview Q)
- „Verlust des Arbeitsplatzes“ (vgl. Interview A, C) - bereits in der Antwort auf die Eingangsfrage wurde der Arbeitsplatzverlust auf Grund des Trinkens von mehreren Betroffenen erwähnt (vgl. Interview C, F, M, P) Von den Therapeuten wurde das Problem des Arbeitsplatzverlustes nur bei Herrn C und Herrn P erwähnt (vgl. Therapeuteninterview C, P)

Punkte, die nur von den Therapeuten genannt wurden:

- „Uneinsichtigkeit im Sinne von Akzeptanzschwierigkeiten oder unrealistische Selbsteinschätzung“ (Therapeuteninterview G, I, J, L, N, Q)
- „weitere hirnorganische Veränderungen, wie z.B. eingeschränkte Flexibilität des Denkens, oder verminderte Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit“ (vgl. Therapeuteninterview G, H, K, L, N, O, Q)
- „verminderter Antrieb“ (vgl. Therapeuteninterview A, N)
- „Persönlichkeitsstörungen“ (vgl. Therapeuteninterview H, J, K, L, M, N, Q)
- „lebt in einer Phantasiewelt“ (vgl. Therapeuteninterview B, E, K, Q)
- „gestörte Körperwahrnehmung“ (vgl. Therapeuteninterview B, K)
- „Rückzugstendenz“ (vgl. Therapeuteninterview C)
- „kein Lebenssinn mehr“ (vgl. Therapeuteninterview C)

Punkte, die nur von den Klienten genannt wurden:

- Entzugssymptomatik, z.B. Zittern der Hände, Nachts nicht durchschlafen können (Interview J, D, P)
- „Gleichgültigkeit“ (vgl. Interview J, L)
- „keine Beeinträchtigungen“ (vgl. Interview H, M)
- „Anhäufung von Schulden“ (vgl. Interview A, F)
- „Abbruch der Kontakte zu Freunden und Angehörigen“ (vgl. Interview A, J)
- „Leugnung des Alkoholproblems“ (vgl. Interview C)
- „Straftaten“ (Interview I)

Zu den Therapeutenantworten, die öfter als einmal genannt werden, gehören Gedächtnisschwierigkeiten und weitere hirnorganische Defizite, Persönlichkeitsstörungen, unrealistische Selbsteinschätzungen, Leben in Phantasiewelten, gestörtes Körperempfinden, verminderte Leistungsfähigkeit und Polyneuropathien. Auch Ehescheidungen und der Verlust des Arbeitsplatzes werden genannt.

Die Betroffenen erwähnen wesentlich seltener Gedächtnisschwierigkeiten und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Sie nennen Entzugssymptomatik, Schuldenanhäufung,

Kontaktabbrüche, Gleichgültigkeit und gaben zweimal an, keine Beeinträchtigungen zu haben.

Ehescheidung und Verlust des Arbeitsplatzes und auch Polyneuropathien werden häufiger genannt als von den Therapeuten.

Dies deutet darauf hin, dass die befragten Bewohner in erster Linie Dinge als Beeinträchtigungen erleben, von denen sie unmittelbar betroffen sind.

Vermutlich sind kognitive Defizite wie Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit oder die Flexibilität des Denkens, Persönlichkeitsstörungen und „Leben in Phantasiewelten“ den Betroffenen als Störungen nicht bewusst oder nicht zugänglich.

Die unterschiedlichen Angaben im Bereich der Leistungsfähigkeit, Selbsteinschätzung und Gedächtnisschwierigkeiten bestätigt die bereits vertretene Hypothese einer guten Selbstdarstellung durch Weglassen und Vertuschen, vermutlich auf dem Hintergrund von Abwehrmechanismen.

„Was hat sich durch die Therapie verändert?“ bzw. „Was hat sich bei Herrn/Frau .. durch die Therapie verändert?“

- „Seit einer bestimmten Zeit trocken“ (vgl. Interview A, G, J, Q; vgl. Therapeuteninterview G, N, O, P,)
Im ersten Erzählteil erwähnen Herr B und Herr F bereits, dass sie seit einer bestimmten Zeit trocken sind (vgl. Interview B, F)
- „Kontakte zu Angehörigen wieder hergestellt oder verbessert“ (vgl. Interview A, G, L, P; vgl. Therapeuteninterview P)
- „Verbesserung der Kontaktfähigkeit, aufgeschlossener, Gespräche suchen, weniger Rückzug“ (vgl. Interview C, D, L; vgl. Therapeuteninterview C, D, L)
- „kann Leben besser meistern“ (vgl. Interview A) – Relativierung durch Fremdsicht (vgl. Therapeuteninterview A)
- „ruhiger geworden“ (vgl. Interview B, D, L, N, Q; vgl. Therapeuteninterview H)
- „Tagesstruktur / Arbeit“ (vgl. Interview A, D, G, J, M, P; vgl. Therapeuteninterview D, G, L, M)
- „Verbesserung der Folgeschäden, kognitive“ (vgl. Interview L; vgl. Therapeuteninterview G, K)
- „Verbesserung körperlicher Folgeschäden“ (vgl. Interview P; vgl. Therapeuteninterview P)

Punkte die nur von den Therapeuten genannt wurden:

- „positivere Lebenseinstellung, mehr Lebensfreude, Zufriedenheit“ (vgl. Therapeuteninterview A, E, G, M, P)
- „Erfahrung von Rückhalt im Hilfesystem, im Sinne einer Ersatzfamilie, mit Werten wie z.B. Menschlichkeit und Vertrauen, Ansprechpartner haben“ (vgl. Therapeuteninterview B, D, F, M, N)
- „mehr Lebenssinn“ (vgl. Therapeuteninterview D, L)
- „Stabilisation, z.B. emotional ausgeglichener“ (vgl. Therapeuteninterview G, H, N, P)
- „keine wesentliche Veränderung“ (vgl. Therapeuteninterview I, J, N, O)

Aussagen die nur Klienten getroffen haben:

- „Selbsthilfegruppe“ (vgl. Interview A, C,)
- „weniger Grübeln“ (vgl. Interview B, P)
- „weniger Gleichgültigkeit z.B. im Bezug auf Gesundheit und Hygiene“ (vgl. Interview C, D, J, K, L)
- „Interesse am Weltgeschehen“ (vgl. Interview C, E)
- „Selbstbewusster z.B. eigene Meinung vertreten“(C)
- „besserer Umgang mit Gedächtnisschwierigkeiten“ (vgl. Interview D, K)
- „Akzeptanz der eingeschränkten Leistungsfähigkeit“ (vgl. Interview C)
- „Schuldenfrei“ (vgl. Interview E, P)
- „Abstinenzzuversicht“ (vgl. Interview B, E, O)
- „Wissen um die Gefahren des Alkohols, z.B. die körperlichen Folgeschäden“ (vgl. Interview I, O)
- „Kann wieder schreiben (vgl. Interview F)

zwei negative Sichtweisen:

- „weniger Freiheit“ (vgl. Interview F)
- „Käseglockeneffekt“ (vgl. Interview H)

Die Veränderungen der Therapie stellen einen weiteren wichtigen Bezug zur Krankheit Alkoholismus dar. Die Betroffenen beschreiben rückblickend auf ihr Leben aus der momentanen Abstinenzphase den Unterschied zur Trinkphase.

Zu den Veränderungen auf Seiten der Klienten, die öfter als zweimal genannt wurden, gehört der Rückgang der Gleichgültigkeit, der Wiederaufbau von Kontakten, eine verbesserte Kontaktfähigkeit, eine Tagesstruktur zu haben, ruhiger geworden zu sein und Abstinenzzuversicht.

Die Punkte, die von den Therapeuten öfters als zweimal genannt wurden, sind auch der Wiederaufbau von Kontakten, eine verbesserte Kontaktfähigkeit und eine Tagesstruktur zu haben. Weitere Punkte sind eine positivere Lebenseinstellung, Stabilisation und das Erfahren von Rückhalt im Hilfesystem. Vier Therapeuten geben aber auch an, dass es zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen ist.

Es fällt auf, dass die Punkte wie positivere Lebenseinstellung, Stabilisation und Rückhalt im Hilfesystem nur von den Therapeuten genannt wurden. Dies lässt vermuten, dass der bereits angesprochene Negativismus zu einer gewissen Unzugänglichkeit für positive Lebensveränderungen und -umstände führt.

Dennoch zeigen die von den Klienten genannten Punkte, dass wieder mehr Ordnung und Struktur ihr Leben bestimmt, dass wieder mehr wahrgenommen wird, mehr Weltinteresse für Dinge und vor allem aber auch Menschen besteht. Zieht man hier den Umkehrschluss, so war die Trinkzeit geprägt von Chaos, „Nicht – Wahrnehmen“, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit gegenüber der Umwelt und den Mitmenschen. Daraus kann man nochmals die negative Sicht und Einstellung gegenüber dem eigenen Leben und dem Alkoholismus ableiten und verstehen.

„Wie sieht ihre Zukunftsplanung aus?“ bzw. „Wie sieht die Zukunftsplanung von Herr/Frau.. aus?“

- „will trocken bleiben“ (vgl. Interview A, C, L, M, O; vgl. Therapeuteninterview B)
- „bleibt im Hilfesystemmodus (stationär oder betreute Wohnform)“ (vgl. Interview A, B, D; vgl. Therapeuteninterview A, B, C, D, E, F)
- „Wechsel von stationär ins ambulante Hilfesystem“ (vgl. Interview G, J, N, P)
„Zweifel ob Wechsel realistisch ist“ (vgl. Therapeuteninterview G, N) „Wechsel realistisch“ (vgl. Therapeuteninterview J, P)
- „Wechsel vom stationären in eine selbständige Lebensform“ (vgl. Interview F, H, I, K, L, M, O, Q) „Zweifel ob dies realistisch ist oder sicher unrealistisch“ (vgl. Therapeuteninterview F, H, I, K, L, M, O, Q)
- „Halbtagsjob oder Job“ (vgl. Interview G, H, L, N) „Zweifel ob sie das schaffen“ (vgl. Therapeuteninterview H, L, N)

Es gab keine Antwort, die nur von den Therapeuten getroffen wurde. Folgende Punkte wurden nur von Klienten erwähnt:

- „Schulden abzahlen“ (vgl. Interview C)
- „Wunsch nach Lebensgefährtin“ (vgl. Interview A, P)
- „eigenes Auto“ (vgl. Interview Q)

- „Wunsch mal in den Urlaub zu fahren“ (vgl. Interview C)
- „Kontakt mit Menschen, die die gleiche Erfahrung gemacht haben, z.B. in einer Selbsthilfegruppe“ (vgl. Interview A, C)
- „Sport machen“ (vgl. Interview E)
- „Politikinteresse“ (vgl. Interview E)
- „Ehrenamtlich arbeiten“ (vgl. Interview J)

Aus den Punkten über die Wechsel in eine andere Wohnform wird deutlich, dass sich ein großer Teil der Betroffenen überschätzt oder vermutlich falsch einschätzt. Eine realistische Selbsteinschätzung im Bezug auf die Zukunft ist in nur wenigen Fällen gegeben.

Die kaum übereinstimmenden Eigen - und Fremdeinschätzungen zeigen sehr deutlich, wie realitätsfern viele Klienten denken. Es gleicht eher einem Wunschdenken, vielleicht auch einer Sehnsucht nach Normalität.

Dementsprechend sind die Entwicklungsmöglichkeiten der Einzelnen eher begrenzt. Für Einige ist das maximale Ziel, im stationären Setting zu bleiben und dort eine Heimat oder ein Zuhause zu finden. Manche haben das Potential, in eine betreute Wohnform zu wechseln. Eine eigene Wohnung ohne Betreuung und eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden ist jedoch nur in ganz seltenen Fällen eine realistische Zukunftsperspektive.

Für viele ist das Leben im Hilfesystem mit Ansprechpartnern und Mitpatienten ein gewonnener Lebensstandard – so wie das viele Therapeuten bei den Veränderungen durch die Therapie angegeben haben.

21. Erkenntnisse für die Soziotherapie

In diesem Kapitel soll erörtert werden, wie sich die gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf anthropologische, methodologische und teleologische Aspekte konzeptionell und praxisbezogen auf die Soziotherapie auswirken können.

Dazu soll kurz auf wichtige Grundlagen unserer Konzeption eingegangen werden, die sich in wesentlichen Punkten an dem soziotherapeutischen Gesamtkonzept von Steingass orientiert, (vgl. Steingass 2000) und es wird versucht, die herausgearbeiteten Hypothesen und Ansätze darin zu integrieren. Dem Verfasser geht es vor allem darum, zu zeigen, wie der suchtkranke Mensch bisher gesehen wurde und wie die Forschungsergebnisse dieser Arbeit, die Alkoholismus als biographisches Ereignis untersucht hat, das Menschenbild erweitern können und wie daraus ableitbare therapeutische Ziele und Maßnahmen entwickelt und verwirklicht werden können.

Die in unserer Einrichtung betreuten Menschen weisen auf Grund von jahrzehntelangen Abhängigkeitserkrankungen ein nicht nur vorübergehendes Ausmaß an körperlichen und seelischen Behinderungen auf und sind mittelfristig oder dauerhaft nicht in der Lage, allein ohne stationäre Betreuung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

(vgl. ebd., 17) Die Menschen sind zu Behandlungsbeginn meist beruflich und sozial desintegriert und entwurzelt, meist fehlt ihnen auch die Kompetenz, selbstständig alltägliche Anforderungen wie Orientierung in ihrer Umwelt, Zeitstrukturierung, Selbstversorgung oder Hygiene zu bewältigen. (vgl. ebd., 18)

Deswegen ist ein wichtiger Behandlungsgrundsatz, den Bewohnern „Normalität“ (ebd. 23) zu vermitteln, indem sich der soziotherapeutische Alltag eng am realen Leben orientiert. (vgl. ebd., 23) Dazu gehört zum Beispiel die Teilnahme an regelmäßigen Mahlzeiten, ein angemessener Schlaf-Wachrhythmus, Körperpflege sowie Zimmerreinigung, Waschen und Bügeln der Wäsche, Übernahme von Verantwortung und Verhaltensweisen wie Respekt, Toleranz, Rücksichtnahme und Vieles mehr. (vgl. ebd.)

Die Menschen haben oft jahrelang sehr isoliert gelebt und sind der Sucht völlig verfallen, deswegen versuchen wir, den Menschen wieder eine Gemeinschaft zu geben. Wir sehen den

Menschen als ein Gesellschaftswesen, das auf seine Mitmenschen angewiesen ist und die Hilfe und Unterstützung der anderen braucht. Die Vermittlung von Wertschätzung, Unterstützung, Solidarität und Zusammengehörigkeitsgefühl sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der Konzeption. Dies wird praktisch auch dadurch umgesetzt, dass die Bewohner verantwortungsvoll an den Arbeitsabläufen in der Einrichtung beteiligt werden. Sie übernehmen beispielsweise die Hausreinigung und helfen bei der Zubereitung der Mahlzeiten. Ferner wird der Bewohner als entwicklungsfähig angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch über eigene Potentiale und Ressourcen verfügt, um seine Situation verändern zu können. Jeder Mensch ist einzigartig, hat seine eigene Persönlichkeit und Lebensgeschichte, unterschiedliche Fähigkeiten, Interessen, Motivationen, Ziele und Bedürfnisse. (vgl. ebd., 12, 18) Für jeden Bewohner gibt es somit individuelle Behandlungsschwerpunkte und -inhalte. Genauere Angaben, wie diese Prinzipien therapeutisch umgesetzt werden, können der im Anhang beigefügten Konzeption entnommen werden.

Wie können die gewonnen Erkenntnisse nun zu einer Weiterentwicklung beitragen?

In den Interviewinterpretationen wurde herausgearbeitet, dass die Menschen, die wir als chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte bezeichnen, durch den Teufelskreislauf der Sucht sehr schlimme Schicksale erlebt haben, die sie teilweise bis zur völligen Verwahrlosung oder bis zu einem Zusammenbruch durchlitten haben. Rückblickend sind die Lebensläufe von Schuld, Scham, Negativismus, Selbstentwertung und Verdrängung geprägt. Die Gleichgültigkeit und der Verlust einer inneren Moral haben viele Menschen abseits der normalen Gesellschaft geführt. Nur noch das Suchtmittel und der Rausch standen im Mittelpunkt des Lebens, alles Andere wurde zunehmend ausgeblendet und kaum mehr wahrgenommen. Dies führte oft zu Erinnerungslücken.

Für die therapeutische Arbeit ist es sehr wichtig, sich der Lebensgeschichten mit ihren Bewertungen bewusst zu sein. So könnte ein erster Beitrag der autobiographischen Erzählungen und Interpretationen eine verstärkte Sensibilisierung für die Subjekte sein, insbesondere im Hinblick auf ein biographisches Verständnis von Schuld, Scham, Selbstentwertung, Negativismus, Abwehr und die aus diesem Zusammenhang heraus oftmals entstehenden unrealistischen Selbstdarstellungen. Auch das Leugnen, Verschönen oder

Vertuschen, welches uns im soziotherapeutischen Alltag immer wieder begegnet, kann damit besser verstanden werden.

Außerdem könnten die Lebensläufe retrospektiv in dreierlei Hinsicht bearbeitet werden.

Ausgangspunkt wäre eine autobiographische Erinnerungsarbeit. Immer wieder müssten die Lebensgeschichten - oder Teile davon - erzählt werden, mit dem Ziel, Verschüttetes oder Vergessenes wieder dem Bewusstsein zuzuführen. Zum einen, um schuldhaften Ereignissen gegenüber die Verantwortung zu übernehmen, ähnlich wie das in der Konzeption der Anonymen Alkoholiker unter dem Punkt „Inventur machen“ (vgl. Anonyme Alkoholiker 1998) vorgeschlagen wird, jedoch mit einer intensiveren Biographiearbeit.

Zum anderen, geschieht dies, um die Aufmerksamkeit der Betroffenen bewusst auf positive Lebensereignisse zu lenken. Denn wir haben ja auch in den Interviews gesehen, dass es immer wieder Phasen gab, in denen weniger getrunken und damit auch mehr wahrgenommen wurde. Ziel müsste es sein, das Leben mehr durch eine positive Brille zu betrachten und auch zu bewerten, um trotz der vielen Schicksalsschläge auch angenehme Ereignisse der Vergangenheit zu sehen. Die Arbeit an der Wahrnehmung positiver Aspekte sollte sich natürlich auch auf die Gegenwart und die Sichtweise der Zukunft ausdehnen, um den Unterschied zwischen der Trinkzeit und der Abstinenz deutlicher erfahrbar zu machen.

Ein dritter Punkt wäre der Versuch, der gesamten Lebensgeschichte im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung eine positivere Bewertung zu geben. Der Zusammenbruch oder der Zustand unmittelbar vor Therapiebeginn sollte nicht als ein Tiefpunkt, sondern als ein wichtiger Wendepunkt im Leben gesehen werden, mit der Chance zu wachsen und sich weiterzuentwickeln. Auch die gesamte Trinkphase und der Prozess bis zur Abstinenz oder Therapie kann positiver gesehen werden. Etwa mit den Gedanken von Möhl, der über die Psychodynamik des Todes in der Trunksucht geschrieben hat. In seinem Versuch einer tiefenpsychologisch-anthropologischen Deutung beschreibt er die Tendenz der Selbstzerstörung, die Autodestruktivität der Suchtdynamik, als eine kreative Leistung, als konstruktiven Vorgang im Sinne eines Initiationsritus von Tod und Wiedergeburt. (vgl. Möhl 1993, 9, 10) Nicht der wirkliche Tod wird angestrebt, sondern es kommt durch Zusammenbrüche in Trinkerkarrieren und dem Übergang in ein abstinentes Leben zu einer Transformation, weg von infantilen Strukturen hin zu einer reiferen Wirklichkeit. (vgl. ebd., 12)

Damit verbunden wäre auch die Aufgabe, den Selbstwert der Menschen unabhängiger von den Geschehnissen zu verstehen. Durch das Verständnis der Krankheitsdynamik könnte der Selbstwert von den negativen Ereignissen entkoppelt werden. Durch die Arbeit mit und an der Lebensgeschichte könnten dementsprechende Denkmuster analysiert und verändert werden. Zu berücksichtigen sind natürlich immer die hirnorganischen Beeinträchtigungen, die das Entwicklungspotential der Betroffenen begrenzen.

Der Biographiearbeit würde aber damit ein größerer Stellenwert zukommen, im Sinne eines psychodynamischen Vorgehens. Damit würde auch den reduktionistischen Vorgaben des Dokumentationssystems entgegengetreten werden und der Mensch würde verstärkt in seiner Ganzheit, sowie seiner Individualität gesehen werden. Vor allem würde die Narration über die normale Anamnese hinausgehen und viele Erlebnisse und Geschichten hervorbringen, die positiven Charakter haben könnten.

Auf zwei weitere Aspekte soll noch eingegangen werden. Einmal wurde in den Interviews immer wieder deutlich, dass die Alkoholsucht auch als eine Art Flucht vor der Realität, vor den schlimmen biographischen Ereignissen gesehen werden kann, aber auch als ein Lösungsweg mit dem Ziel, Harmonie, Glück oder Wohlbefinden zu erleben. Zum anderen war der Konsum alkoholischer Getränke immer verbunden mit einer enormen Maßlosigkeit, was sicherlich als ein Wesensmerkmal der Krankheit verstanden werden kann auf Grund der Unfähigkeit, sich kontrollieren zu können. Dementsprechend könnte man die oben beschriebene Suche nach Heil und Einklang als eine unbändige Flucht vor der den Menschen umgebenden Welt sehen. Doch ist ein solches Suchen nicht zutiefst menschlich?

Der Philosoph Heinrich Beck beschreibt den Menschen als ein Wesen, das nach Sinngehalt, Wahrheit, Schönheit und Liebe sucht. Er sieht diesen Sinngehalt des Seins in begrenztem Maße der Welt immanent. (vgl. Beck 1995, 52) Er ist jedoch nur begrenzt und deshalb erscheint ein Transzendieren von der Natur der Sache her begründet und lässt sich als „legitime Sehnsucht“ verstehen. (ebd.) „Sowohl ein menschliches Streben nach Gerechtigkeit und Sinnerfüllung, das sich in der begrenzten Welt verschließt und nicht zur Transzendenz öffnet, als auch ein Transzendieren, das des Unbegrenzten habhaft werden will, ohne den mühevollen Weg die Aufgaben des Diesseits auf sich zu nehmen, widerspricht, wie es scheint, der natürlichen Disposition des Menschenwesens und kann, wenn es gewissermaßen

zum eingefleischten Habitus wird, entweder zur ‚Sucht nach Weltgenuß‘ oder zur ‚Sucht nach Transzendenzgenuß‘ werden.“ (ebd., 52)

Zum einen ist das Streben nach Transzendenz also ein zum Menschen gehörendes und sollte unbedingt in das konzeptionelle, anthropologische Verständnis unserer Einrichtung mit aufgenommen werden, zum anderen wird deutlich, dass der Gedanke des richtigen Maßes hierbei eine wichtige Rolle spielt.

Es müsste vermittelt werden, was innerhalb der Welt angenehm, sowie schön und deswegen erstrebenswert ist. Dazu gehören zum Beispiel die Aufnahme von Kontakten und Freundschaften, gemeinsame Unternehmungen, die Umsetzung von Ideen usw. Wichtig wäre, zu verhindern, dass es, wie dies im Trinkerleben immer wieder praktiziert wird, zu einer Flucht vor diesen in der realen Welt erlebbaren Schönheiten kommt. In einem angemessenen Maß ist es aber auch wichtig, dem menschlichen Verlangen nach Transzendenz entgegenzukommen. Die Anonymen Alkoholiker haben dies zum Beispiel mit ihrem Konzept der „höheren Macht“ (vgl. Anonyme Alkoholiker 1998) umgesetzt. Dies ist ein Weg, um zu mehr innerem Frieden und Gelassenheit zu kommen. Die Suche nach Transzendenz führt wohl zu einer Auseinandersetzung mit Glaubensaspekten oder Spiritualität. Den Menschen in der Einrichtung müsste Raum gegeben werden, um diese Wünsche zu thematisieren, etwa innerhalb einer Gesprächsgruppe.

Orientieren könnte man sich dabei an Viktor Frankl, der die These vertritt: „...nur Existenz, die sich selbst transzendiert, nur menschliches Dasein, das sich selbst auf die «Welt» hin, «in der» es «ist», transzendiert, kann sich selbst verwirklichen...“ (Frankl 1984, 28) Damit sind Werte gemeint wie Erlebniswerte, Schaffungswerte und Einstellungswerte. (vgl. ebd., 58)

Diese Werte werden im Prinzip schon im therapeutischen Alltag umgesetzt durch die Arbeitstherapie, durch Freizeitmaßnahmen und Reflexionen in den Gesprächsgruppen. Dabei geht es bei den Einstellungswerten auch um Glaubensaspekte, Frankl spricht in diesem Zusammenhang von einem Übersinn, für den man sich entscheiden kann. (vgl. ebd., 202)

Die Aufgabe wäre, diesen Aspekten noch mehr Aufmerksamkeit zu schenken, darüber zu reflektieren und gezielt zum Thema zu machen.

Zusammenfassend hat die Auseinandersetzung mit den Biographien der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken zu einem Verstehensprozess geführt, der für diesen Personenkreis sensibilisiert und Phänomene des Verhaltens und Erlebens dieser Menschen besser zugänglich macht.

Für die Praxis der Soziotherapie sind in diesem Abschnitt mehrere Ansätze aufgezeigt worden, wie die gewonnenen Forschungserkenntnisse im Therapieprogramm umgesetzt werden können. Insbesondere müsste es mehr Raum geben für einen verstärkten Austausch über die Biographien, über die Lebensgeschichte der Betroffenen, aber in diesem Zusammenhang auch über das, was den Menschen ausmacht, was er braucht und was er anstrebt. Verbindet man dies mit dem bereits bestehenden konzeptionellen Ansatz und seinen Schwerpunkten, wie dem Erleben von Gemeinschaft und gesellschaftlicher Normalität, so könnte das zu verstärkter Kommunikation und einem erweiterten Bewusstsein führen, es könnten neue Erfahrungen gemacht werden und man könnte die Soziotherapie auch als einen intersubjektiven Bildungsprozess verstehen, in dem sich Menschen mit ihren Biographien begegnen.

22. Forschungsperspektiven

Abschließend sollen weitere Forschungsperspektiven und -möglichkeiten angedacht und erläutert werden, die sich aus dieser qualitativ orientierten Arbeit und aus den oben aufgezeigten Hypothesen ergeben.

- In Bezug auf die Lebensgeschichte wäre es interessant, Angehörige zu befragen, also Eltern, Kinder oder Ehepartner. Diese wissen noch besser über das Leben der Betroffenen Bescheid und man würde weitere aufschlussreiche Perspektiven bekommen und erarbeiten können.
- Die Frage nach den Beeinträchtigungen, den Veränderungen durch die Therapie und den Zukunftseinschätzungen sind sehr offen gestellt. Dadurch wurden sehr viele unterschiedliche Antworten gegeben. Diese würden aber die Zusammenstellung eines Fragebogens ermöglichen, auf dessen Basis eine quantitative, repräsentative Erfassung stattfinden könnte.

Interessant wäre es, vor allem genau die Antworten als Fragen zu verwenden, die nur von Klienten oder nur von Therapeuten genannt wurden. Dieser Fragebogen sollte auch wieder beiden Seiten vorgelegt werden.

Hier wäre auch eine Kombination aus einer qualitativen und quantitativen Befragung denkbar - beispielsweise, indem die Fragen nach Beeinträchtigungen, Therapieveränderungen und Zukunftsperspektiven, aber auch die Lebensgeschichte in soziale, körperliche und seelische Belange aufgegliedert werden.

- Die erarbeiteten Variablen könnten auch zur Erforschung der Therapieeffizienz dienen, im Sinne einer Verlaufsdokumentation, die zu bestimmten Zeitpunkten ausgewertet wird.
- Bezüglich der Therapie wäre eine weitere Möglichkeit, die Lebenseinstellung genau zu hinterfragen, um zu sehen, ob und wie sich diese vor allem auf dem Hintergrund des starken Negativismus verändert.

- Eine Follow-up-Studie bezüglich der Zukunftseinschätzungen wäre eine weitere Option.
- Biographiearbeit, Erinnerungsarbeit evaluieren und deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachweisen.

23. Literaturverzeichnis

A

- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (Hrsg.) (1998): Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen. Marktoberdorf: Schnitzer
- Abi-Dargham, A., J. H. Krystal, S. Anjilvel et al. (1998): Alterations of benzodiazepine receptors in type II alcoholic subjects measured with SPECT and (123I) iomazenil. *AM J Psychiatry* 155, 1550 – 1555
- Adachi, J., Y. Mizoi (1983): Acetaldehyde-mediated alcohol sensitivity and elevation of plasma catecholamine in man. *Jpn J Pharmacol* 33, 531 - 539
- Agarwal, D. P., K. Agarwal-Kozlowski (1999): Genetische Aspekte von Alkoholismus und alkoholassoziierte Organschäden. In: Singer, M.V., S. Teysen (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Berlin: Springer
- Agarwal, D. P., K. Agarwal-Kozlowski (2000): Genetische Aspekte des Alkoholstoffwechsels und des Alkoholismus. In: Seitz H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden*. Leipzig: Barth
- AG Gesamtplanverfahren des Verbandes der bayerischen Bezirke 2004: Leitfaden der bayerischen Bezirke zum Gesamtplanverfahren gemäß & 58 SGB XII – Stand 6.8.2004, Begleitschrift zur Einführungsveranstaltung des Gesamtplanverfahrens in Ansbach
- Ait-Daud, N., B. A. Johnson, T. J. Prihoda, I. D. Hargita (2001): Combining ondansetron and naltrexone reduces craving among biologically predisposed alcoholics: preliminary clinical evidence. *Psychopharmacology* 154, 23 –27
- Albrecht, G. (1981): Nichtsesshaftigkeit und Sucht. In: Feuerlein, W. (Hrsg.): *Sozialisationsstörungen und Sucht. Entstehungsbedingungen, Folgen, therapeutische Konsequenzen*. Berlin: Springer
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* 4th edn. American Psychiatric Association, Washington. Deutsche Bearbeitung (1996) Göttingen: Hogrefe

- Amlacher, H., H. Wolfram (1989): Zum Restitutionsverlauf der Lern- und Konzentrationsfähigkeit bei chronischen Alkoholikern im ersten Jahr der Abstinenz. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, 41, 521-530
- Apel, K. O. (1974): Hermeneutik. In: Wulf, C. (Hrsg.): *Wörterbuch der Erziehung*. München/Zürich: Piper
- Arenz-Greiving, I. (1993): Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder. In: *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren* (Hrsg.): Freiburg: Lambertus
- Ashley, M. J., J. S. Olin, W. H. Le Riche, A. Kornaczewski, W. Schmidt, W. Rankin (1977): Morbidity in alcoholics: evidence of accelerated development of physical disease in women. *Arch. Intern. Med.* 137, 883 - 887
- Aßlag, R. (1993): *Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

B

- Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.) (1979): *Aus Geschichten lernen*, Weinheim u.a.: Juventa
- Baacke, D. (1985): Biographie: soziale Handlung, Textstruktur und Geschichten über Identität. Zur Diskussion in der sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Biographieforschung sowie ein Beitrag zu ihrer Weiterführung. In: Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.): *Pädagogische Biographieforschung. Orientierungen, Probleme, Beispiele*. Weinheim, Basel: Beltz
- Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.) (1985): *Pädagogische Biographieforschung. Orientierungen, Probleme, Beispiele*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Baacke, D. (1986): Autobiographische Texte als Beitrag zur Ich-Konstruktion. In: *Neue Sammlung* 26, 3, 350 – 367
- Baacke, D. (1991): Pädagogik. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Psychologie Verlags Union.
- Baacke, D., T. Schulze (Hrsg.) (1993): *Aus Geschichten lernen*, Weinheim u. a.: Juventa
- Babor, T. F., J. R. de la Fuente, J. Saunders, M. Grant (1989): AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Genve: WHO Division Mental Health

- Babor, T. F., M. Hofmann, F. K. DelBoca, V. Hesselbrock, R. Meyer, Z. S. Dolinsky, B. Rounsaville (1992): Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch Gen Psychiatry 49, 599 – 608
- Bales, R. F. (1946): Cultural differences in rates of alcoholism. Quart J Stud Alc 6, 480
- Ballenger, J. C., M. Post (1978): Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. Brit. J. Psychiat. 133, 1-14
- Bandura, A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett
- Barnes, G. M. (1980): Characteristics of the clinical alcoholic personality. J. Stud. Alcohol 41, 894
- Barnes, G. M., J. W. Welte, B. Dintcheff (1992): Alcohol misuse among college students and other young adults: findings from a general population study in New York state. Int. J. Addict. 27, 917 - 934
- Bartsch, G. (2007): Alkohol in Europa. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '07. Gießen: Neuland
- Bastine, R., P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen, G. Sommer (1982): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: VCH
- Beutel, M. (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin
- Beaumont, J.G. (1983): Introduction to neuropsychology. Oxford: Blackwell Scientific publications.
- Beck, H. (1995): Sucht nach Transzendenz. In: Böhm W., M. Lindauer (Hrsg.): Sucht und Sehnsucht – Über unseren Umgang mit Drogen und Drogenproblemen. Siebtes Symposium der Universität Würzburg. Stuttgart, Düsseldorf, Berlin, Leipzig: Klett
- Beck-Texte (Hrsg) (2006): SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. München: dtv
- Bennet, L.A., S. J. Wolin (1994): Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus
- Ben-Shlomo, Y., H. Markowe, M. Shipley, M. G. Marmot (1992): Stroke risk from alcohol consumption using different control groups. Ann. Neurol. 2, 95-110

- Bernart, Y., S. Krapp (1998): Das narrative Interview. Ein Leitfaden zur rekonstruktiven Auswertung. (Forschung, Statistik & Methoden, Bd. 2). Landau: Verlag Empirische Pädagogik
- Biendarra, I. (2002): G. Bittners Programm einer hermeneutischen Psychologie als Verstehenszugang zu (Kranken-)Biographien. Würzburg, Institut für Pädagogik I: unveröffentlichtes Manuskript
- Biendarra, I. (2005): Krankheit als Bildungsereignis? Ältere Menschen erzählen. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann
- Bilitza, K. W., A. Heigl-Evers (1993): Suchtmittel als Objekt-Substitut. Zur Objektbezeichnungs-Theorie der Sucht. In: Bilitza, K.W. (Hrsg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Binder, C., I. Bendtson (1992): Endocrine emergencies. Hypoglycemia. Ballieres Clin Endocrin 6, 23 – 39
- Birbauer, N., R. Schmidt (1996): Biologische Psychologie Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Bittner, G. (1989): Vater Freuds unordentliche Kinder, Würzburg: Königshausen & Neumann
- Bittner, G. (1994): Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht 1994.
- Bittner, G. (1996 a): Kinder in die Welt, die Welt in die Kinder setzen. Eine Einführung in die pädagogische Aufgabe. Stuttgart: Kohlhammer
- Bittner, G. (1996 b): Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten. (2. Auflage). Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bittner, G. (1997): „Eine große Frage bin ich mir geworden ...“ Über die Anfänge autobiographischer Selbstvergegenwärtigung in Augustins „Bekenntnissen“. In: Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition 1997
- Bittner, G. (1998): Metaphern des Unbewussten. Eine kritische Einführung in die Psychoanalyse. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Bittner G. (2001): Der Erwachsene. Multiples Ich in multipler Welt. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.) (1997): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition.

- Blane, H. T., H. Barry (1973): Birth order and alcoholism, a review. Quart. J. Stud. Alcohol 34, 837
- Blankenburg, W. (Hrsg.) (1989): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme
- Blankenburg, W. (1989): Futur-II-Perspektive in ihrer Bedeutung für die Erschließung der Lebensgeschichte des Patienten. In: Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme
- Blankenburg W. (1989): Lebensgeschichte und Krankengeschichte. Zur Bedeutung der Biographie für die Psychiatrie. In: Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme
- Bleuler, E., J. Angst, K. Ernst, R. Hess, W. Mende, H. Reisner, S. Scheidegger (1979): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Bliss, T. V. P., G. L. Collingridge (1993): A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. Nature; 361: 31-39
- Block, G., C. M. Dresser, A. M. Hartmann, M. D. Carroll (1985): Nutrient sources in the American diet: Quantitative data from NHANES II survey. Am J Epidemiol 122, 27 – 40
- Blumer, D., D. F. Benson (1975): Personality Changes with frontal and temporal lobe lesions. In: Benson, D. F., D. Blumer (eds): Psychiatric aspects of neurologic disease. New York: Grune & Stratton
- Bode, J. C., C. Bode (1992): Alcohol malnutrition and the gastrointestinal tract. In: Watson, R. R., B. Watzlm (Hrsg.): Nutrition and alcohol. CRC Press Boca Raton, 403 – 428
- Bode, J. C. (2000): Klinik und Therapie alkoholtoxischer Leberschäden. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Böhm, W. (2000): Wörterbuch der Pädagogik. Stuttgart: Kröner Verlag
- Boorberg (Hrsg.): SGB XII (2004): SGB Sozialhilfe mit Regelsatzverordnung. SGB XII., Boorberg. Stuttgart u. a.: dtv
- Boothe, B. (1998): Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bortz, J., N. Döring (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (3., überarbeitete Auflage). Berlin u.a.: Springer
- Bourdieu, P. (1992): Rede und Antwort. Frankfurt/M.: Suhrkamp

- Braus, D. F., J. Wrase, S. Grüsser, D. Hermann, M. Ruf, H. Flor, K. Mann, A. Heinz (2001): Alcohol – associated stimuli activate the ventral striatum in abstinent alcoholics. *J Neural Transm* 108, 887 – 894
- Bronisch, T. H., H. U. Wittich (1992): Lifetime and 6 month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich Follow-up-Study. *Europ Arch Psychiat clin Neurosci* 241, 273 - 282
- Brown, S. A., P. W. Wick, J. R. Quaid, T. L. Patterson, M. R. Irwin, I. Grant: Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *J. abnorm. Psychol.* 99, 344 – 545
- Brühl-Cramer, C. (1819): Über die Trunksucht und eine rationale Heilmethode derselben. Berlin: Nicolai
- Bühler, K-E. (1989): Methodologische Aspekte wissenschaftlicher Biographik. In: Blankenburg, W. (Hrsg.): *Biographie und Krankheit*. Stuttgart, New York: Thieme
- Buschmann, H. C. (2006): www.ahg.de/ahgde.nsf/HTML/RemscheiderGespräche Alkohol und Krebserkrankungen - siehe Anhang
- Butters, N., E. Granholm (1984): The continuity hypothesis: alcohol Korsakoff syndrome. New York: Guilford

C

- Cadoret, R. J., C. A. Cain, W. M. Grove (1980): development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives. *Arch. Ren. Psychiat.* 37, 561
- Capell, H., H. Greely (1987): Alcohol and tension reduction: an update on research and theory. In: Blane, H. T., K. E. Leonard (Hrsg.): *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford
- Carlen, P. L., G. Wortzman, R. C. Holgate, D. A. Wilkinson, J. G. Rankin (1978): Reversible cerebral atrophy in recently abstinent chronic alcoholics measured by computed tomography scans, in *Science*, 200: 1076-1078
- Castaigne, P., A. Buge, J. Cambier, R. Escourolle, G. Rancurel (1971): la maladie de Marchifava-Bignami: étude anatomoclinique de dix observations. *Rev. Neurol.* 125, 179 – 196
- Chey, W. Y. (1972): Alcohol and gastric mucosa. *Digestion* 7, 239
- Cloninger, C. R., M. Bohman, S. Sigvardsson (1981): Inheritance of alcohol abuse – cross fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiat* 42, 1043 – 1049

- Cloninger, C. R. (1987): Recent advances in family studies of alcoholism. In: Goedde, H. W., D. P. Agarwal (Hrsg): Genetics and Alcoholism. Liss, New York 47 – 60
- Cloninger, C. R., S. Sigverdsson, M. Bohman (1996): Type I and type II alcoholism: an update. Alcohol Wld 20, 18 - 23
- Colantoni, A., D. de Maria, D. H. van Thiel (2000): Alkohol und endokrines System. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Commission for Distilled Spirits (2005): World Drink Trends 2005. Oxfordshire: World Advertsising Research Center
- Conrad, M. E., J. C. Barton (1980): Anemia and iron kinetics in alcoholism. Smin Hematol 17, 149 – 163
- Cotton, J. (1979): the familial incidence of alcoholism. A review. J. Stud. Alcohol 40, 89 – 116
- Cramon, D. von (1988): Planen und Handeln. In: Cramon, D. von, J. Zbil (Hrsg.): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer

D

- Danner, H. (1998): Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik. (4., überarbeitete Auflage). München, Basel: Reinhardt
- De Jong, C. A. J., W. van den Brink, F. M. Hartefeld, E. G. M. van der Wielen (1993): Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Comprehens. Psychiat. 34, 87 - 94
- Dettling, M., A. Heinz, P. Dufeu, H. Rommelspacher, K. J. Gräf, L. G. Schmidt (1995): Dopaminergic responsivity in alcoholism: trait-, stat- or residual marker? Am J Psychiatry 152, 1317 – 1321
- Di Chiara G., A. Imperato (1988): Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamin concentrations in the mesolimbic system of freely moving rates. Proc Natl Acad Sci 85, 5274 – 5278
- Dielmann, T. E., A. T. Butchart, J. T. Shope, M. Miller (1990 – 1991): Environmental correlates of adolescent substance use and misuse: implications for prevention programs. Int. J. Addict. 25 (7A&8A), 855 – 880

- Dilling, H., W. Mombaur, M. H. Schmidt, E. Schulte-Markwort (Hrsg.) (1993): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien Bern u. a.: Huber
- Dilling H., W. Mombour, M. H. Schmidt, E. Schulte-Markwort (2004): Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern u. a.: Verlag Hans Huber
- Dilthey, W. (1923): Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. Gesammelte Schriften, Band 5. Leipzig: Teubner
- Duffy J., N. Kreitman (1993): Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. *Addiction* 88, 757 – 766
- Duncan T. E., E. Tildesley, S. C. Duncan, H. Hopps (1995): The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction* 90, 1647 – 1660

E

- Eastman, C., H. Noris (1982): Alcohol dependence, relapse and self-identity, *J of Studies on Alcohol* 43, 1214 – 1231
- Eddy, N. B., H. Halbach, H. Isbell, M. Seevers (1965): Drug dependence: significance and characteristics. *Bull Wld Hlth Org* 32, 721 – 733
- Edwards, G. (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke
- Eggelton, M. C. (1942): The diuretic action of alcohol in man. *J Physiol* 101, 172 – 191
- Elisaf, M.S., K. C. Siamopoulos (1997): Mechanisms of hypophosphatemia in alcoholics patients. *Int J Clin Pract* 51, 501 – 503

F

- Fahrner, E. M. (1984): Häufigkeit von Sexualstörungen bei männlichen Alkoholabhängigen: eine empirische Untersuchung. *Suchtgefahren* 30, 153 – 169
- Faltermaier, T. (1994): Bewältigung und präventives Gesundheitsverhalten. In: Heim, E., M. Perrez (Hrsg.): *Krankheitsverarbeitung*. Göttingen u. a.: Hogrefe
- Falmaier, T. (1994): *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*, Weinheim: Beltz

- Faris, A. A., M. G. Reyes, B. M. Abrams (1967): Subclinical alcoholic myopathy: electromyographic and biopsy study. Transactions of the American Neurological Association 92, 102 – 106
- Fatke, R. (1997): Fallstudien in der Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Feuerlein, W. (1972): Zur Frage des Alkoholentzugs-Syndroms. Nervenarzt 43, 247
- Feuerlein, W., H. Küfner (1977): Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und subjektives Empfinden: Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch. Psychiat. Nervenkr. 224, 89 – 106
- Feuerlein W., H. Küfner, C. Ringer, K. Antons (1979): Münchner Alkoholismustest MALT, Manual. Weinheim: Beltz
- Feuerlein, W., H. Küfner, M. Soyka (1998): Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Feuerlein, W. (1999): Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Singer, M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Fils-Aime, M. L., M. J. Eckhardt, D. T. George, G. L. Brown, I. Mefford, M. Linnoila (1996): Early-onset alcoholics have lower cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid levels than lateonset alcoholics. Arch Gen Psychiatry 53, 211 – 216
- Fink, R., D. H. Marjot, S. B. Rosalki (1979): Detection of alcoholic cardiomyopathy by serum enzyme and isoenzyme determination. Ann Clin Bio 16, 165 – 166
- Fleischmann, H., N. Wodarz (1999): „Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholabhängige“ – Anwendbarkeit und psychometrische Aspekte eines Vorschlages zur operationalisierten Diagnostik, in Sucht, 45: 34-44
- Fletcher, L. (1996) Alcohol and iron: One glass of red or more? J Gastroenterol Hepatol 11, 1039 – 1041
- Flick U., E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel, S. Wolff (Hrsg.) (1991): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: PsychologieVerlags Union
- Flick, U. (1991): Stationen des qualitativen Forschungsprozesses, In: Flick, U. und andere (Hrsg): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie-Verlags-Union

- Flick U., E. v. Kardorff, I. Steinke (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Flick U., E. v. Kardorff, I. Steinke (2000): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Flick., U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Franceschi, S., C. L. Vecchia (1994): Alcohol an the risk of cancers of the stomach an colon-rectum. Dig. Dis 12, 276 – 289
- Frankl, V.E. (1984): Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.) (1997): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in derErziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Friebertshäuser, B.: Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.) (1997): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim,München: Juventa
- Friedrichs, J. (1980): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Friedrichs J. (Hrsg.) (1986): 23. Deutscher Soziologentag 1986. Sektions- und Ad-hoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Fröhlich, V. (1997): Lebensgeschichten verstehen. In: Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition
- Fuchs-Heinritz ,W. (1984): Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Fuhr, R. (2001): Praxisprinzipien: Gestalttherapie als experiencieller, existentieller und experimenteller Ansatz. In: Fuhr, R., M. Sreckovic, M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen u. a.: Hogrefe-Verlag
- Fulop, M., H. D. Hobermann (1975): Alcohol ketoacidosis. Diabetes 24, 785 – 790

G

- Gass, A., M. G. Hennerici (1999): Alkohol und Neurologie. In: Singer, M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer

- Gavalar, J. S., D. D. van Thiel (1987): Endocrine consequence of alcohol abuse. In: Nemeroff, C. B., P. T. Loosen (Hrsg.) The handbook of psychoneuroendocrinology. New York: Guilford Press
- Gessler, A., M. Tauscher, R. Simon (1996): Jahresstatistik 1994 ambulanter und stationärer Einrichtungen für alleinstehende Wohnungslose in Deutschland. In: Institut für Therapieforschung (Hrsg.) IFT-Berichte, Bd. 91. München: Profi-Druck
- Gilg, T. (1995): Kapitel 2-4. In: Soyka, M.: Die Alkoholkrankheit – Diagnostik und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall
- Glinka, H.- J. (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Weinheim, München: Juventa
- Glosser, G., N. Butters, E. Kaplan (1977): Visioperceptual Processes in Braindamaged Patients on the Digit – Symbol Substitution Test. International J Neuroscience 7, 59 - 66
- Goldstein, G., C. Shelly (1971): Field Dependence and cognitive, perceptual and motor Skills in Alcoholics: A factor analytic study. Quarterly J of Studies on Alcohol 32, 29 – 40
- Göppel, R. (1997): „Meine Kindheit war nicht die eines Kindes“. Biographische Wurzeln pädagogischer Reflexion bei Jean Jaques Rousseau. In: Bittner, G., V. Fröhlich (Hrsg.): Lebensgeschichten. Über das Autobiographische im pädagogischen Denken. Zug: Die Graue Edition
- Goodwin, D. W., F. F. Schulsinger, L. Hermansen, S. B. Guze, G. Winokur (1975) : Alcoholism and the hyperactive child syndrome. J. nerv. Ment. Dis. 160, 349
- Graham, J. W., G. Marks, W. B. Hansen (1991): Social influence process affecting adolescent substance use. J. appl. Psychol. 76, 291 – 298
- Grawe, K. (1994): Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- Gudjons, H., M. Pieper, B. Wagener, (1986): Auf meinen Spuren. Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte. Reinbek: Rowohlt
- Gundel, K. (1980): Die Ökologie der Sucht – eine neue Perspektive. Med. Mensch. Ges. 5, 187 – 192

H

- Haan, J. (1986): Zentralnervöse Komplikationen beim Alkoholismus: kraniale Computertomographie und Neurophysiologie in Korrelation zur Klinik. Stuttgart: Thieme
- Hager, M. (2004): Psychosomatische Erkrankung als biographisches Ereignis am Beispiel der Herzneurose. Würzburg: Dissertation der Philosophischen Fakultät III der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- Hanses, A. (1999): Biographik als Wissenschaft. In: Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Hasker, P. D., H. L. Ritblat (1984): Cholinergic pharmacology, behavior, an age-related memory decline, In: Squire, L. R., N. Butters: Neuropsychology of memory. New York: Guilford Press
- Hebb, D. (1949): The organization of behaviour. A neuropsychological theory. New York: Wiley
- Hegedus, L. (1984): Decreased thyroid gland volume in alcoholic cirrhosis of the liver. J Clin Endocrinol Metab 55, 930 –933
- Heidegger, M. (1983): Die Grundbegriffe der Metaphysik – Gesamtausgabe 29/30. Frankfurt a. M.: Klostermann.
- Heinz, A., S. Kuhn, M. Dettling, K. J. Graef, I. Kuerten, H. Rommelspacher, L. G. Schmidt (1995): Blunted growth hormone response is associated with early relapse in alcohol-dependent patients. Alc Clin Exp Res 19, 62 –65
- Heinz, A., P. Ragan, D. W. Jones, D. Hommer, W. Williams, M. B. Knable, J. G. Gorey, L. Doty, C. Geyer, K. S. Lee, R. Coppola, D. R. Weinberger, M. Linnoila (1998): Reduced serotonin transporters in alcoholism. Am J Psychiatry 155, 1544 – 1549
- Heinz, A. (2000): Das dopaminerge Verstärkungssystem: Funktion, Interaktion mit anderen Neurotransmittersystemen und psychopathologische Korrelate. Darmstadt: Steinkopff
- Heinz, A., A. Batra (2003): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. In: Brandt, T., R. Cohen, H. Helmchen, L. R. Schmidt (Hrsg.) Psychiatrie, Neurologie, Klinische Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer

- Helzer, J. E., T. R. Prybeck (1988): The occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol* 49, 219 – 224
- Henkel, D. (1992): *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Henning, W. W., R. Ziegler (1999): Alkohol und endokrine Drüsen. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten*. Berlin: Springer
- Henningsen, J. (1981): *Autobiographie und Erziehungswissenschaft*. Essen: Neue Deutsche Schule Verlagsgesellschaft
- Henry, D., A. Dobson, C. Turner (1993): Variability in the risk of major gastrointestinal complications from nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Gastroenterology* 105, 1078 – 88
- Hermanns, H. (1991): Narratives Interview. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Psychologie Verlags Union
- Herrmann, U. (1987): Biographische Konstruktionen und das gelebte Leben. Prolegomena zu einer Biographie- und Lebenslauforschung in pädagogischer Absicht. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 33, Heft 3, 303 – 323
- Herz, A. (1995): Neurobiologische Grundlagen des Suchtgeschehens. Dargestellt am Beispiel der Opioide und Psychostimulantien. *Nervenarzt* 66, 3 – 14
- Herzog, W. (1991): *Das moralische Subjekt. Pädagogische Intuition und psychologische Theorie*. Bern: Huber
- Hesselbrock, M. N., R. E. Meyer, J. Keener (1985): Psychopathology in hospitalised alcoholics. *Arch. Gen. Psychiat.* 42, 1050 – 1055
- Higgins, E. M., T. J. Peters (2000): Alkohol und Haut. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden*. Leipzig: Barth
- Higley, J. D., S. J. Suomi, M. Linnoila (1991): CSF monoamine metabolic concentrations vary according to age, rearing, and sex, and are influenced by the stressor of social separation in rhesus monkeys. *Psychopharmacology* 103, 551 – 556
- Hildenbrand, B. (1989): Biographie als Fokus interpretativer Sozialforschung. In: Blankenburg, W. (Hrsg.): *Biographie und Krankheit*. Stuttgart, New York: Thieme

- Hilge, T., W. Schulz (1999): Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML), in Sucht, 55 - 68
- Hill, S. Y. (1992): Absence of paternal sociopathy in the etiology of severe alcoholism: is there a Type III alcoholism? J Stud Alcohol 53, 161 – 169
- Hill, S. Y., D. Muka (1996): Childhood psychopathology in children from families of alcoholic female probands. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35, 725 – 733
- Hillmann, K.- H. (1994): Wörterbuch der Soziologie. (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Stuttgart: Kröner
- Hörmann, K., F. Riedel, K. Hirth (1999): Alkohol und Mundhöhle/Pharynx einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Hoff, P., H. Sass (1999): Operationale Diagnostik in der Psychiatrie. In Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Homann, N., U. A. Simanowski, H. Maier, M. Tisch, H. K. Seitz (2000): Alkohol und Krebs. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Hopf, C. (2000): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Huba, G. J., P. M. Bentler: A development theory of drug use: derivation and assessment of a causal modelling approach. In: Baltes P. B., O. Brim jr. (Hrsg) (1981): Lifespan Development and Behavior. New York Academic Press
- Hübner, R., M. Hübner (1994): Der Deutsche Durst. Illustrierte Kultur- und Sozialgeschichte. Edition Leipzig
- Hülinghorst, R. (1995): Politische Einflussmöglichkeiten der Konsumreduzierung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '96. Geesthacht: Neuland
- Hunter, R., M. V. Merrick, C. Ferrington, A. Notghi, R. Mcluskie, J. E. Christie, G. M. Godwin (1989): Cerebral vascular transit time in Alzheimer's disease and Korsakoff's psychosis and its relation to cognitive function. Brit. J. Psychiat. 154, 790 – 796

- Huss, M. (1852): Chronische Alkoholkrankheit oder alcoholismus chronicus. Ein Beitrag zur Kenntnis der Vergiftungskrankheiten. Stockholm, Leipzig.

I

- Ishak, K. G., H. J. Zimmermann, M. B. Ray (1991): Alcoholic liver disease: pathologic, Pathogenetic and clinical aspects. Alcohol. Clin. Exp. Res. 15, 45 – 66
- Israel, Y., P. G. Walfish, H. Orreg (1979): Thyroid hormones in alcoholic liver disease. Effect of treatment with 6-N-propylthiouracil. Gastroenterology 76, 116 –122

J

- Jackson, R., R. Beaglehole (1993): The relationship between alcohol and coronary heart disease: is there a protective effect? Current Opinion in Lipidology 4, 21 –26
- Jacob, W. (1981): Kranksein und Gesundsein. In: Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: Gentner Verlag
- Jacob, W. (1989): Zur Bedeutung der Biographie für die innere Klinik. In: Blankenburg, W. (Hrsg.): Biographie und Krankheit. Stuttgart, New York: Thieme
- Jakob, G. (1997): Das narrative Interview in der Biographieforschung. In: Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Janz, D. (1999): Einführung. In: Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Janz, D. (Hrsg.) (1999): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Jellinek, E. M. (1942): Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism. New Haven: Yale University Press
- Jellinek, E. M. (1946): Phase in drinking history of alcoholics. Q J Std Alcohol 7, 1 – 8
- Jellinek, E. M. (1952): Phases of alcohol addiction. Q J Stud Alcoho 13, 673 – 684
- Jellinek, E. M. (1960): the disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse
- Jessor, R., S. L. Jessor (1977): Problem Behavior and Psychosocial Development: a Longitudinal Study of Youth. New York: Academic Press

- Johnsen , R., O. H. Forde, B. Straume, P. G. Burhol (1994): Aetiology of peptic ulcer: a prospective population study in norway. J Epidemiol Community Health 48, 156 - 160
- Johnson, J. L., J. E. Rolf (1994): Wenn Kinder sich verändern: Entwicklungspsychologische Forschung über Kinder alkoholabhängiger Eltern. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus
- Jones, M. (1976): Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Bern: Huber
- Jones M. C. (1968): Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. J. consult clin Psychol. 32, 2 – 12
- Jüttemann, G., H. Thomae (Hrsg.) (1999): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz
- Juilliere, Y., C. Gillet, N. Danchin und andere (1990): Abstinence from alcohol in dilated cardiomyopathy: complete regression of the clinical disease but persistence of myocardial perfusion defects on exercise thallium-201 tomography. Eur J Nucl. Med. 17: 279 – 281
- Jung, M. (1996): Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In: Mann, K. G. Buchkremer (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag

K

- Kalivas, P .W., J. Stewart (1991): Dopamine transmission in the initiation and expression of drug- and stress-induced sensitization of motor activity. Brain Res Rev 16, 223 – 244
- Kanfer, F. H.(1986): Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In: Miller, W. R., N. Heather (Hrsg.): Treating Addictive Behaviors: Process of Change. New York: Plenum
- Kardorff, E. v. (1991): Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union
- Kardorff, E .v. (2000): Qualitative Forschung in der Rehabilitation. In: Bengel, J., U. Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin u. a.: Springer

- Karno, M., J. M. Golding, S. B. Sorenson und andere (1988): The epidemiology of obsessive compulsive disorders in five US communities. Arch Gen Psychiatry 45, 1094 – 1099
- Keil, U., L. E. Chambles, A. Döring, B. Filipiak, J. Stieber (1997): The relation af alcohol intake to coronary heart disease and all cause mortality in beer-drinking population. Epidemiology 8, 150 – 156
- Kelle, U., C. Erzberger (2000): Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Keller, C. K., E. Ritz (1999): Alkohol und Niere. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Kelly, J. P., D. W. Kaufmann, R. S. Koff, A. Laszlo, B. E. Wiholm, S. Shapiro (1995): Alcohol consumption and the risk of major upper gastrointestinal bleeding. Am J Gastreterol 90, 1058 – 64
- Keup, W. (1973): Umweltverursachung und Therapie der Drogenabhängigen. Mkurse ärztl. Fortbild. 23, 326
- Khedun, S. M., W. P. Leary, C. J. Lockett, B. Maharaj (1991): Changes in myocardial electrolytes and ventricular fibrillation threshold induced by alcohol feeding in laboratory rats. Jpn Heart J 32, 373 – 379
- Klafki, W. (1986): Die Bedeutung der klassischen Bildungstheorien für ein zeitgemäßes Konzept allgemeiner Bildung. Zeitschrift für Pädagogik 32
- Klatsky, A. L., G. D. Freidman, A. B. Siegelau (1978): Alcohol and hypertension. Compr Ther 4, 60 – 68
- Klein, M. (1996): Alkohol und Gewalt – zwei archaische Begleiter des Menschen auf dem Weg durch die Postmoderne. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol, Konsum und Missbrauch – Alkoholismus, Therapie und Hilfe. Freiburg: Lambertus
- Kleining, G. (1991): Methodologie und Geschichte qualitativer Sozialforschung. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München: Psychologie Verlags Union
- Koch, J. (1994): Neuropsychologie des Frontalhirnsydroms. Weinheim: Beltz
- Kökel J., G. Lauer (1992): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Theamtik. In: Körkel, J. (Hrsg) Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer

- König, E., A. Bentler (1997): Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozeß – ein Leitfaden. In: Friebertshäuser, B., A. Prengel, (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Körkel, J., C. Schindler C. (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Berlin, Heidelberg: Springer
- Köster, H., F. Matakas, E. K. Scheuch (1978): Alkoholismus als Karriere. Institut für angewandte Sozialforschung der Universität zu Köln, Rheinische Landesklinik Düren
- Kohli, M., G. Robert (Hrsg.) (1984): Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven. Stuttgart: Metzler
- Kohli, M. (1986): Normalbiographie und Individualität. Zur institutionellen Dynamik des gegenwärtigen Lebenslaufregimes. In: Friedrichs, J. (Hrsg.): 23. Deutscher Soziologentag 1986. Sektions- und Adhoc-Gruppen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Kolb, B., I. Q. Whishaw (1990): Fundamentals of Human Neuropsychology. New York: Freeman & Co
- Koller, H. C. (1993): Biographie als rethorisches Konstrukt. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History, 6 (1), 33 - 45
- Koob, G. F., M. Le Moal (1997): Drugs abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science 278, 52 – 58
- Kopelman, M. D., N. Stanhope, D. Kingsley (1999): Retrograde amnesia in patients with diencephalic, temporal lobe or frontal lesions. Neuropsychologia 37, 939 – 958
- Kostowski, W., E. Trzaskowski (1980): Effects of lesion of the locus coeruleus and clonidine treatment on ethanol withdrawal syndrome in rats. Pol J Pharmacol Pharm 32, 617 – 623
- Kowal, S., D. C. O’Connell (2000): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Krasner, N., K. M. Cochran, R. I. Russel, H. A. Carmichael, G. G. Thompson (1976): Alcohol and absorption from the small intestine. Impairment of absorption from the small intestine in alcoholics. Gut 17, 245
- Kraus, L. (1996): Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 1995. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht ’97. Geesthacht: Neuland
- Kraus, L., R. Augustin, P. Kümmler, S. Tschernisch, T. Müller-Kalthoff (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in

Deutschland 2000. Deutsche Hauptselle gegen Suchtgefahren. Sucht. Sucht 47
Sonderheft 1. Gessthacht: Neuland

- Kril, J. J., G. M. Hallidary, M. D. Svoboda, H. Cartwright (1997): the cerebral cortex is damaged in chronic alcoholics in *Neurosci*, 983-998
- Kromrey, H. (1990): Empirische Sozialforschung. Opladen: Leske & Budrich
- Krüger, H.- H. (1997): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. In: Friebertshäuser, B., A.Prenzel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Krüger, H.- H., W. Marotzki (Hrsg.) (1999): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske & Budrich
- Kruse, A., E. Schmitt (1999): Halbstrukturiertes Interview. In: Jüttemann, G., H. Thomae (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz
- Küfner, H. (1981): systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wien Z. Suchtforsch.* 4, 3 – 16
- Küfner, H. (1984): Der Abhängigkeits-Autonomie-Ansatz bei der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Schweiz. Fachst. Alkoholprobl.* 2, 3 - 19
- Küfner, H., W. Feuerlein, M. Huber (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 34, 157 – 272
- Küfner, H. (1989): Bindung und Autonomie als Grundmotivation des Erlebens und Verhaltens. *Forum Psychoanal.* 5, 99 – 123
- Küfner H. und andere, Arbeitsgruppe CMA des BMG (1999): Definitionsvorschlag zur Operationslisierung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen, in *Sucht*, 45, 6 – 13
- Kühnel, A., U. Groß, M. Doss (1999): Alkohol und Porphyrinstoffwechsel. In: Seitz H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Kumar, S., T. E. Stauber, J. S. Gavalier, M. H. Bastia, V. Dindzans, R. R. Schade, M. Rabinovitz, R. E. Tarter, R. Gordon, T. E. Starzl, D. H. van Thiel (1990): Orthopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Hepatology* 112, 159 – 163

L

- Labbuda, K., M. Brand M. (2007): Profil und Verlauf kognitiver Störungen bei Patienten mit alkoholbedingtem Korsakowsyndrom und alkoholabhängigen Personen ohne amnestisches Syndrom. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Neuland-Verlagsgesellschaft mbH: Geesthacht
- Lamnek, S. (1988): Qualitative Sozialforschung, Bd. 1. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung, Band 2: Methoden und Techniken. (2., überarbeitete Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Lamprecht, F. (1999): Doppelte Buchführung: Eine Falldokumentation. In: Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Ledermann, S. (1956): Mesures du degré d'intoxication alcoolique d'une population. Paris: Presse Universitaires de France,
- Leonard, K. E. (1990): Martial functioning among episodic and steady alcoholics. In: Collins R. L., K. W. Leonard, J. S. Searles (Hrsg.): Alcohol and the Family. New York: Guilford Press
- Leonhardt, H. J., K. Mühler (1998): Zur Problematik der Definition und der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (Alkohol und Medikamnete). In SuchtReport. Europäische Fachzeitschrift für Suchtprobleme 3, 29 – 36
- Leonhardt, H. J., K. Mühler K. (2006): chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Freiburg: Lambertus-Verlag
- Lerch, M. M., G. Adler (2000): Alkoholinduzierte Pankreatitis - Pathophysiologie und Klinik. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Lieber, C. S. (1988): The influence of alcohol on nutritional status, Nutr. Rev. 46, 241
- Lieber, C. S., D. P. Jones, M. S. Losowsky, C. S. Davidson (1992): Interrelation of uric acid and ethanol in man. J Clin Invest 41, 1863 – 1870
- Lindenmeyer, J. (2001): Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim: Psychologische Verlags Union

- Littleton, J. M. (1989): Alcohol intoxication and physical dependence: a molecular mystery tour. Brit. J. Addict. 84, 267 - 276
- Loch, W. (1998): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, Leipzig: Hirzel
- Luisier, M., J. F. Vodoz, A. Donath, B. Courvoisier, B. Garcia (1977): Carence en 25-hydroxyvitamine D avec diminution de l'alcoolisme chronique. Schweiz Med Wochenschr 107, 1529

M

- Maier, H., H. Weidauer, J. Zöller, H. K. Seitz, M. Flentje, G. Mall, I. A. Born (1994): Effect of chronic alcohol consumption on the morphology of the oral mucosa. Alcoholism Clin Exp Res 18, 387 – 391
- Mann K., D. Hermann, A. Heinz (2000): One hundred years of alcoholism: alcoholism in the twentieth century. Alcohol Alcohol 35, 10 –15
- Mann, K. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 99, 10, 632 – 644
- Markowitsch, H. J.(2005): Dem Gedächtnis auf der Spur. Vom Erinnern und Vergessen. In: Wissenschaftliche Buchgesellschaft und PRIMUS-Verlag: Darmstadt
- Marlatt, G. A., P. E. Nathan (1978): Behavioral Approaches to Alcoholism. New York: New Brunswick
- Marlatt, G. A., J. Rohsenow (1980): Cognitive process in alcohol use: expectancy and the balanced placebo design. In: Mello N.K. (Hrsg.): Advances in substance Abuse. Conn: JAI Press
- Marlatt, G. A. (1985): Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt G. A., J. R. Gordon (Hrsg.) Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addiction behaviors. New York: Guilford

- Marlatt, G. A.(1985): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt, G. A., J. R. Gordon (Hrsg.) Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addiction behaviors. New York: Guilford
- Marlatt, G. A.(1989): Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl, H., R. Cohen (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe. Springer, Berlin
- Marotzki, W. (1999): Ethnographische Verfahren in der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: Jüttemann, G., H. Thomae (Hrsg.): Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz
- Marotzki, W. (1999): Forschungsmethoden und Forschungsmethodologie der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In: Krüger, H.-H, W. Marotzki (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Opladen: Leske & Budrich
- Maurer, F. (Hrsg.) (1981): Lebensgeschichte und Identität. Beiträge zu einer biographischen Anthropologie. Frankfurt/M.: Fischer
- Mayfield, D., G. McLeod, P. Hall (1979): The CAGE-questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Amer J Psychiat 131, 1121 – 1123
- Mc Entee, W. J., R. G. Mair (1990): The Korsakow syndrome: A neurochemical perspective, Trends in Neurosciences,13, 330-344
- Mello, N. K. J. H. Medndelson (1965): Operant Analysis of Drinking Patterns of Chronic Alcoholics. Nature 206, 43 – 46
- Mentzos, S.(1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. München: Fischer
- Mentzos, S. (1984): Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt am Main: Fischer
- Mereu, G., K. W. Yoon, V. Boi, G. L. Gessa, L. Naes, T. C. Westfall (1987): Preferential stimulation of ventral tegmental area dopaminergic neurons by nicotine. Eur J Pharmacol 141, 395 – 399
- Merfert-Diete, C. (2007): Zahlen und Fakten in Kürze. In: Jahrbuch Sucht `07. Deutsche Hauptselle für Suchtfragen (Hrsg.). Geesthacht: Neuland
- Mergenthaler, E. (1992): Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln miteinem Beispieltranskript. (3., neu überarbeitete Auflage). Ulm: Ulmer Textbank

- Merkel, C. M. (1987): Zur Psychodynamik des Rückfalls bei Alkoholabhängigen (Teil I). *Material Psychoanal Analyt Orient Psychother* 13, 112 – 147
- Meyer, C., U. John (2007): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht '07*. Geesthacht: Neuland
- Meyer, J. G., K. Urban (1976): Elektrolyte changes and acid balance after alcohol withdrawal. *J. Neurol.* 215, 135 - 140
- Meyer, J. G., R. Forst (1977): A psychometric evaluation of the acute tremulous state. *J. Neurol. (Brux.)* 215, 127
- Midanik, L. T., R. Room (1992): The epidemiology of alcohol consumption. *Alcohol Hlth and Res. Wid* 16, 183 – 190
- Miller, W. R., S. Rollnick S. (1991): *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press
- Möhl, M. (1993): *Zur Psychodynamik des Todes in der Trunksucht. Versuch einer tiefenpsychologisch - anthropologischen Deutung*. Würzburg: Königshausen & Neuman
- Müller, C. (1999): *Zur Geschichte der Krankengeschichte*. In: Janz, D. (Hrsg.): *Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation*. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Müller, G. E., A. Pilzecker (1900): Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis, *Zeitschrift für Psychologie*
- Müller-Mohnssen, M., M. Hoffmann, H. Rothenbacher (1999): Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung – diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale, in *Sucht* 45, 45 – 54
- Murphy, G. E., R. D. Wetzel (1990): The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47, 383 –392
- Murphy, G. E., R. D. Wetzel, E. Robins, L. McEvoy (1992): Multiple risk factors predict sucide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiat.* 49, 459 – 463
- Muthny, F. A. (Hrsg.) (1990): *Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse*. Berlin u. a.: Springer 1990

N

- Naejie ,R., D. Franken, D. Jacobovitz, J. Flament-Durand (1978): Morel's laminar sclersis. *Europ. Neurol.* 17, 155

- Nathan, P. E. (1978): Behavioral Theory and Behavioral Theories of Alcoholism. In: Marlatt G.A., Nathan P.E. (Hrsg.): Behavioral Approaches to Alcoholism. New York: New Brunswick
- Nixon, P. F.: Is there a genetic component to the pathogenesis of the Wernicke-Korsakoff syndrome? Alcohol and Alcohol. 19, 219 – 221

O

- Ohe, M., S. Teyssen, M. V. Singer (1999): Alkohol und Motilität des Magen-Darm-Traktes. In: Singer M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Ollat, H., H. Parvez, S. Parvez (1988): Alcohol and central neurotransmission. Neurochem. Int. 13, 275 – 300
- O'Malley, S. S., A. J. Jaffe, G. Chang, R. S. Schottenfeld, R. E. Meyer, B. Rounsaville (1992): Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 49, 881 – 887
- Oswald, H. (1997): Was heißt qualitativ forschen? In: Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa

P

- Paffenbarger, R. S. Jr., A. L. Wing, R. T. Hyde (1974): chronic disease in: former college students. XIII. Early precursors of peptic ulcer. Am J Epidemiol 100, 307 – 315
- Parson, O., S. Nixon (1996): Die neuropsychologische Diagnostik des Alkoholismus: gegenwärtiger Stand und künftige Perspektiven. In: Mann K., G. Buchkremer (Hrsg.): Sucht – Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Fischer
- Patel, V. B., H. J. Why, P. J. Richardson, V. R. Preedy (1997): The effects of alcohol on the heart. Adverse Drug React Toxicol Rev 16, 15 – 43
- Patto, R. J., E. K. Russo, D. R. Borghers, M. M. Neves (1993): the enteroinsular axis and the endocrine pancreatic function in chronic alcohol consumers: evidence for early beta-cell hypofunction. Mount Sinai J Med 60, 317 – 320
- Peacock, W. F. (1990): Cardiac disease in the alcoholic patient. Emerg Med Clin North Am 8, 775 – 791

- Pestalozzi, J. H. (1797): Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts. In: ders.: Sämtliche Werke, Bd. 1, Berlin u.a. 1932: De Gruyter
- Petry, J. (1996): Alkoholismustherapie. Bad Langensalza: Beltz Psychologische Verlags Union
- Pfefferbaum A, E. V. Sullivan, M. J. Rosenbloo, D. H. Mathalon, K. O. Lim: A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over 5-year interval., Arch Gen Psychiatry; 55: 905-912
- Ploog, D. (1990): Neuronale Substrate der Lust und Unlust. In: Heimann H: Anhedonie – Verlust der Lebensfreude: Ein zentrales Phänomen psychischer Störungen. Stuttgart
- Powell, B. J., E. C. Penick, E. Othmer, S. F. Bingham, A. S. Rice (1982): Prevalence of additional psychiatrics syndroms amnong male alcoholics. J of Clin Psych. 13, 404 – 407
- Preedy, V. R., T. J. Peters (2000): Die alkoholische Myopathie. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Preedy, V. R., C. Moniz (2000): Die Auswirkungen von Alkohol auf die Knochen. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Prochaska, J .O., C. C. Di Clemente (1983): Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J consult clin. Psychol. 51, 390 – 395
- Prosiegel, M. (1988): Psychopathologische Symptome und Syndrome bei erworbenen Hirnschädigungen. In: Cramon, D. von, J. Zhil, (Hrsg.): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer
- Pschyrembel, W. (Hrsg.) (1994): Pschyrembel klinisches Wörterbuch. Berlin: Walter de Gruyter
- Pschyrembel, W., R. N. Braun (Hrsg.) (2002): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. (259., neu bearbeitete Auflage). Berlin, New York: de Gruyter
- Psychiatrieenquete (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Unteerichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 7/4200 und 7/4201

R

- Rahmen, H., M. Rahmen (1988): Das Gedächtnis. Neurobiologische Grundlagen. München: Bergmann Verlag
- Reble, A. (1995): Geschichte der Pädagogik. (18. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta
- Regan, T. J. (1984): Alcoholic cardiomyopathy. Prog Cardiovasc dis 27, 141 –152
- Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae, B. Z. Locke, S. J. Keith, L. L. Judd, F. K. Goodwin (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264, 2511 – 2518
- Reiter, S., M. Schatz, R. Hehlmann (1999): Alkohol und Blut. In: Singer; M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, Berlin: Springer
- Reker, T., B. Eikermann, H. Folkerts (1997): Prävalenz psychischer Störungen und Verlauf der sozialen Integration bei wohnungslosen Männern. Gesundheitswesen 59, 79 – 82
- Remmele, W. (1996): Magen. In: Remmele, W. (Hrsg): Pathologie. Band 2: Verdauungstrakt. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 153 – 364
- Renn, H. (1988): Gesellschaftliche Wurzeln der Sucht. In: Eisenburg, I. (Hrsg.): Sucht. Ein Massenphänomen als Alarmsignal. Düsseldorf: Patmos
- Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht, 47 J. Sonderheft 1
- Revensdorf D., H. Metsch (1986): Lerntheoretische Grundlagen der Sucht. In: Feuerlein, W. (Hrsg): Theorie der Sucht. Berlin: Springer
- Ridley, D .L., D. J. K. Balfour (1997): The influence of nicotine on 5-HT overflow in the dorsal hippocampus of the rat. Br J Pharmacol 122, 301
- Rost, W. D. (2001): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett
- Roth, G. (1999): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt: Suhrkamp
- Rubin, E. (1979): Alcoholic myopathy in heart and skelet muscle. N Engl. J Med 301, 28 – 33
- Rumpf H. J., S. Weyerer: Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht `96. Geesthacht: Neuland
- Rumpf, H. J., S. Weyerer (2006): Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht `96. Geesthacht: Neuland

- Rzyany, B., E. G. Jung (1999): Alkohol und Haut. In: Singer, M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer

S

- Saffer, H. (1991): Alcohol advertising bans and alcohol abuse: an international perspective. J. Hlth Econ. 10, 65 – 79
- Sanders, M. G. (1979): Alcoholic cardiomyopathy: a critical review. Q J Stud Alcohol 5, 324 – 368
- Saravy, M., C. Miller, B. Reothlisberger (1981): Spezielle Probleme des Endobrachyösophagus. In: Blum, A.L., J. R. Siewert (eds): Refluctherapie. Berlin, Heidelberg, NewYork: Springer
- Sass, H., M. Soyka, K. Mann, W. Zieglgänsberger (1996): Relapse prevention by acamprosate. Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 53, 673 – 680
- Schäfer, C., J. C. Bode (1999): Spektrum alkoholischer Lebererkrankungen und ihre Klinik. In: Singer, M.V., Teyssen St. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, Berlin: Springer
- Schäfer, C., J. C. Bode (1999): Spektrum alkoholischer Lebererkrankungen und ihre Klinik in: Singer, M.V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Schäffler, A., N. Menche (1999): Mensch Körper Krankheit. Ulm: Urban & Fischer
- Scheller, R., P. Lemke (1994): Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. Sucht 4, 232 – 243
- Schlanstedt, G., M. Schu (1999): Empirische Überprüfung eines Vorschlags zur Definition „chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängiger“, in Sucht, 45: 22 – 33
- Schmidt, L. G., B. Müller-Oerlinghausen, M. Schlünder, M. Seidel, W. E. Platz (1987): Benzodiazepine und Barbiturate bei chronischen Alkoholikern und Opiatabhängigen. Dtsch Med Wochenschr 112, 1849 – 1854
- Schmidt, L. (1999): Begriffsbestimmung. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Schmidt, C. (2000): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U. und andere (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

- Schneider, R. (2001): Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Ulm: Schneider Verlag Hohengehren.
- Scholz, H. (1980): Das Ausfallsyndrom nach Unterbrechungen der Alkoholabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 50, 279
- Scholz E., H. C. Diener, J. Dichgans, H. D. Langohr, W. Schied, A. Schupmann (1986): Incidence of peripheral neuropathy and cerebellar ataxia in chronic alcoholics. *J. Neurol.* 233, 212 – 217
- Schuckit, M. A., (1986): Genetic and clinical implications of alcoholism and effective disorders. *Am J Psychiatry* 143, 140 – 147
- Schuckit, M. A., T. L. Smith (1996): An 8-year follow-up of sons of alcoholics and control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 53, 202 – 210
- Schuckit, M. A., C. Mazzanti, T. L. Smith, U. Ahmed, M. Radel, N. Iwata, D. Goldman (1999): Selective genotyping for the role of 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}, and GABA alpha 6 receptors and the serotonin transporter in the level of response to alcohol: a pilot study. *Biol Psychiatry* 45, 647 – 651
- Schultz W., Apicella P., Ljunberg T. (1993): Response of monkey dopamine neurons to reward and conditioned stimuli during successive steps of learning a delayed response task. *J Neurosci* 13, 900 – 913
- Schultz W., P. Dayan, P. R. Montague (1997): A neural substrate of prediction and reward. *Science* 275, 1593 – 1599
- Schulz, W. (1976): Ansatz einer Theorie sozialen Trinkens. In: Antons, K., W. Schulz (Hrsg.): Normales Trinken und Suchtentwicklung. Göttingen: Hogrefe
- Schulz, W., K. Dörmann, W. Schneider (1992): Empirische Überprüfung der Jellinek-Typologie. *Sucht* 38, 27
- Schulze, T. (1999): Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Anfänge – Fortschritte – Ausblicke. In: Krüger, H. –H., W. Marotzki (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung. Opladen: Leske & Budrich
- Searles, J. S. (1994): Verhaltensgenetische Forschungen zum Risikofaktor Alkoholismus bei Kindern von Alkoholabhängigen. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus
- Sereny, G., A. Rappaport, H. Husdan (1966): The effect of alcohol withdrawal on electrolyte and acid-base balance. *Metabolism* 15, 896 – 904
- Sheehy, T. W. (1992): Alcohol and the heart – how it helps, how it harms. *Postgrad Med* 91, 271 – 277

- Sieg, I. , M. O. Doss (2000): Alkohol und Porphyrinstoffwechsel. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Sigvardsson, S., M. Bohmann, C. R. Cloninger (1996): Replication of the Stockholm Adoption Study of alcoholism. Confirmatory crossfostering analysis. Arch Gen Psychiatry 53, 681 – 687
- Simanowski, U. A., H. K. Seitz (2000): Alkohol und Gastrointestinaltrakt. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Simmel, E. (1948): Alcoholism and Addiction. In: Psychoanal. Quart. 17, 6 –31
- Simon, R., C. Lehnitzk-Keller (1995): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe (Daten aus EBIS und SEDOS 194). In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '96. Geesthacht: Neuland
- Singer, M. V., S. Teyssen (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Sinz, R. (1978): Gehirn und Gedächtnis. Stuttgart, New York: Fischer
- Skinner, B. (1935): Two types of conditioned reflex and a pseudotype. J Gen Psychol 12, 66 –77
- Soyka, M. (1994): Sucht und Schizophrenie. Nosologische, klinische und therapeutische Fragestellungen. 1. Alkoholismus und Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiat 62, 71 – 87
- Soyka, M. (1995): Die Alkoholkrankheit – Diagnostik und Therapie. Weinheim: Chapman & Hall
- Soyka, M., M. Hollweg, D. Naber (1996): Alkoholabhängigkeit und Depression. Nervenarzt 67, 896 – 904
- Soyka, M.(1999): Alkohol und Psychiatrie. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Soyka, M.(1999): Klinisch-psychiatrische Diagnostik des Alkoholismus. In: in: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Spode, H. (1993). Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich
- Steingass, H. P. (1994): Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger. Geesthacht: Neuland

- Steingass, H. P. (Hrsg.) (2003): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie. (Remscheider Gespräche 1) Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft mbH
- Stimmer, F. (1979): Familiensoziologische Aspekte der Alkoholismusgenese bei Jugendlichen. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit. Soziologenkorrespondenz, Bd VI. Sozialforschungsinstitut München
- Stone, A. A., S. Lennox, J. M. Neale (1985): Daily coping and alcohol use in a sample of community adults. In: Schiffman, S., T. Ashby Wills(Hrsg.): Coping and Substance Use. Orlando: Academic Press
- Strasser, R. H., B. Rauch, W. Kübler (2000): Alkohol und kardiovaskuläres System. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Strotmann, J., G. Ertl (1999): Alkohol und Herz-Kreislauf. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Stuss, D. T., D. F. Benson (1986): The frontal Lobes. New York: Raven
- Südmersen, I. M. (1983): Hilfe, ich erstickte in Texten! – Eine Anleitung zur Aufarbeitung narrativer Interviews. In Neue Praxis 13
- Sullivan, I. W., V. Herbert (1964): Suppression of hematopoiesis by ethanol. J Clin Invest 43, 2048 –2061
- Sullivan, E. V., L. Marsh, D. H. Mathalon, K. O. Lim, A. Pfefferbaum (1995): Anterior hippocampal volume deficits in nonamnestic, aging chronic alcoholics. In Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 110-122
- Suresh, T., K. Forßmann, C. Hanck, N. Harder, E. Niebergall-Roth, M. V. Singer (1999): Alkohol und Pankreas. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Suter, P. M., E. Häsler, W. Vette (1997): Effects of alcohol on energy metabolism and body weight regulation: is alcohol a risk factor for obesity? Nut Rev 55, 157 – 171
- Suter, P. M. (1999): Alkohol und Ernährung. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Suter, P. M. (1999): Alkohol und Stoffwechsel. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Suter, P. M. (2000): Alkohol und Ernährung. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth

- Suter, P. M. (2000): Alkohol, Lipidstoffwechsel und Koronarprotektion. In: Seitz, H. K., C. S. Lieber, U. A. Simanowski (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Leipzig: Barth
- Szabo, S., J. S. Trier, A. Brown, J. Schnorr (1995): Early vascular injury and increased vascular permeability in gastric mucosal injury caused by ethanol in the rat. Gastroenterology 88, 228

T

- Taber, M. T., S. Das, H. C. Fibiger (1995): Cortical regulation of dopamine release: mediation via the ventral tegmental area. J Neurochem 65, 1407 – 1410
- Tarter, R. E., K. L. Edwards (1987): Vulnerability to alcohol and drug abuse: a behavior-genetic view. J. Drug Issues 17, 67 – 81
- Terhart, E. (1997): Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In Friebertshäuser, B., A. Prengel (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa
- Teschke, R. (1999): Alkohol und Krebs. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Test, M. A., L. S. Wallisch, D. J. Allness, K. Ripp (1989): Substance abuse in young adults with schizophrenic disorders. Schizophr Bull 15, 465 – 476
- Tovy, F.I. (1994): Diet and duodenal ulcer. J Gastroenterol and Hepatol 9, 177-185
- Trabert, W., T. Betz, M. Niewald, G. Huber (1995): significant reversibility of alcoholic brain shrinkage within 3 weeks of abstinence, Acta Psychiatr Scand; 92: 87 - 90
- Trotter, T. (1804): An essay, medical, philosophical and chemical on drunkenness and its effects on the human body. London (Studie vorgetragen 1778)
- Tsai, G., D. R. Gastfriend, J. T. Coyle (1995): The glutamatergic basis of human alcoholism. Am J Psychiatry; 15: 332-340
- Tuascher, M., R. Simon, I. Helas, B. Hüllinghorst, B. Schmidtbreick, G. Bühringer (1994): Erweiterte Jahresstatistik 1994 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Berichte 1995, EBIS, Hamm

V

- Van Haaren, M. R. T., H. F. J. Hendriks (1999): Alkoholstoffwechsel. In: Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Berlin: Springer
- Van Thiel, D. H., R. Lester, R. J. Sherins (1974): Hypogonadism in alcoholic liver disease: evidence for a double defect. *Gastroenterology* 67, 1188 –1186
- Van Thiel, D. H., R. Lester, J. Vaitukaitis (1983): Äthanol: its adverse effects upon the hypothalamic-pituitary-gonadal axis. *J Lab Clin Med* 101, 21 –22
- Verheul, R., W. van den Brink, C. Hartgers (1995): Prevalence of personality disorders among alcoholics an drug addicts: on overview. *European Addiction Research* 1, 166 – 177
- Verstege, R. (1996): Aktuelle Rahmenbedingungen adaptiver Maßnahmen und deren Auswirkungen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Geesthacht: Neuland
- Vescovi, G. (1981): Gesundheitsbildung als Lebensführung. In: Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: GentnerVerlag
- Victor, M., R. D. Adams, G. H. Collins (1971): The Wernicke-Korsakoff-Syndrome. A Clinical and Pathological Study of 245 Patients with Postmortem Examination. Philadelphia: Davis
- Volkow, N., J. S. Fowler (2000): Addiction, a disease of complusion and drive: involvment of orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 10, 318 –325
- Volpicelli, J. R., N. T. Watson, A. C. King, C. E. Sherman, C. P. O'Brien (1995): Effect of naltrexone on alcohol "high" in alcoholics. *Am J Psychiatry* 152, 613 – 615

W

- Wagner, R. F. (2004): Krankheitsbewältigung aus metatheoretischer und methodologischer Perspektive. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Wallace, J. (1978): Working with the Preferred Defense Sructure of the Recovering Alcoholic. In: Zimberg, S., J. Wallace, S. B. Blume (Hrsg): Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy. New York: Plenum
- Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilien. Wildberg: Boegner - Kaufmann
- Weingartner, H. (1984): Psychobiological determinants of memory failures. In: Squire, L. R., N. Butters: Neuropsychology of memory. New York: Guilford Press

- Weiss, R. L. (1980): Strategic behavioral marital therapy: toward a model for assessment and intervention. In: Vincent, J. P. (Hrsg.): advances in Family Intervention, Assessment and Theory. Greenwich: vol. I. J AI Press
- Weizsäcker, V. v. (1950): Diesseits und Jenseits der Medizin. Stuttgart: Koehler 1950.
- Weizsäcker, V. v. (1967): Pathosophie. (2. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Weizsäcker, V. v. (1999): Krankengeschichte. In: Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Weizsäcker, V. v. (1999): Was soll Ganzheitsmedizin sein? Ein Brief. In: Janz, D. (Hrsg.): Krankengeschichte. Biographie – Geschichte – Dokumentation. Würzburg: Königshausen & Neumann
- Welker, L. (1981): Gesundheit als pädagogischer Auftrag. In: Jacob, W., H. Schipperges (Hrsg.): Kann man Gesundheit lernen? Kolloquium zu Grundfragen der Gesundheitsbildung. Stuttgart: GentnerVerlag
- Wetterling, T. (1994): Delir – der Stand der Forschung. Fortschr. Neurol Psychiat. 62, 280 – 289
- Welzer, H. (2005): Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. München: Verlag C.H. Beck oHG
- Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Wilson, J. R., C. T. Nagoshi (1978): Adult children of alcoholics: cognitive and psychomotor characteristics. Brit. J. Addict. 83, 809 – 820
- Windle, M. (1994): Temperamenteigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale bei Kinder alkoholabhängiger Eltern. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus
- Winick, C. (1983): Rollentheorie. Zugang und Einstellung gegenüber Drogen. In: Lettieri, D. J., R. Welz (Hrsg): Drogenabhängigkeit. Weinheim: Beltz
- Wise, R. A. (1982): Neuroleptics and operant behavior: the anhedonia hypothesis. Behav Brain Sci 5, 39 – 87
- Wise, R. A. (1988): the neurobiology of craving: Implications for the understanding of addiction. J Abnorm Psychol 97, 118 – 132
- Wohlfahrt, R. (1992): Sucht und Rückfall als Ausdruck narzisstischer Störungen. In: Körkel, J. (Hrsg) Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer

- Wrase, J., A. Beck, A. Heinz (2007): Das Suchtgedächtnis sichtbar machen – wie bildgebende Verfahren der Suchtforschung dienen können. In: Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Fachverband Sucht (Hrsg.). Geesthacht: Neuland
- Wünschmann, B. (1990): Alkohol. In: Deutsch Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht '91. Geesthacht: Neuland

Y

- Yalom, I. D. (2003): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. (7. Auflage) Stuttgart: Pfeiffer
- Yuan, H., M. L. Marazita, S. Y. Hill (1996): Segregation analysis of alcoholism in high density-families: a replication. Med Genet 67, 71 –76

Z

- Ziegler, R. (1994): Osteoporosis. Schweiz Rundsch Med Prax 83, 1051 –1055
- Zucker, R. A (1976): Parental influences on the drinking patterns of their children. In: Greenblatt, M., M. A. Schuckit (Hrsg.): Alcoholism Problems in Women and Children. New York: Grune & Stratton

Internet:

- <http://www.wikipedia.de> (siehe Anhang)
- www.ahg.de/ahgde.nsf/HTML/RemscheiderGespräche (siehe Anhang)

24. Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich, Schachameier Armin, die vorliegende

Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe.

Die benutzte Literatur ist vollständig angegeben.

Wörtlich oder dem Sinne nach dem Schrifttum entnommene Stellen sind unter Angabe der

Quelle kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat keiner anderen Prüfungskommission vorgelegen.

Armin Schachameier

Diplom-Pädagoge Univ.

25. Lebenslauf

Name: Armin Schachameier

Anschrift: Brenner-Schäffer-Str. 58
92637 Weiden

Geburtsdatum: 29.08.1976

Geburtsort: Gunzenhausen

Familienstand: ledig

Konfession: evangelisch

Schulbildung: 1982 bis 1986: Besuch der Grundschule
Röckingen
1986 bis 1995: Besuch des Gymnasiums
Dinkelsbühl – Abitur 1995

Zivildienst: 1995 – 1996 Krankenhaus Gunzenhausen

Ausbildung: 1996 – 1999 Krankenpflegelehre

Studium: 1999 (WS) – 2004 (SS) Studium der
Diplompädagogik an der Bayerischen Julius-
Maximilians-Universität Würzburg

Beruflicher Werdegang:

3.10.2004 Erlangung des akademischen
Grades eines Diplom-Pädagogen (Univ.)

seit 2004 Therapieleiter im Reha-Zentrum
Oberpfalz e.V. – Einrichtung für
alkoholabhängige Männer und Frauen

26. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei all‘ den Menschen bedanken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt, begleitet, motiviert und beraten haben:

- Herr Prof. Dr. Hans Joachim Petsch, der mich begleitet hat und mich auf die Idee gebracht hat, dieses Projekt anzugehen
- Herr Prof. Günther Bittner für die Zweitbegutachtung
- Herr Dr. Michael Hager für die intensive Betreuung und Beratung – und ganz besonders für die Unterstützung bei der Transkription
- Frau Dr. Ilona Biendarra für ihre Unterstützung und die Motivaiton, vor allem in der schweren Anfangszeit
- Dem Vorstand des Reha – Zentrums Oberpfalz, insbesondere Herr Karl Kroher und Herr Dr. Weig für die technische Unterstützung
- Dem Geschäftsführer Herr Franz Geis für finanzielle Unterstützung
- Dem Heilmleiter Herr Ulrich Föhst
- Dem Team des Reha – Zentrums für die Bereitschaft, sich an den Interviews zu beteiligen, insbesondere Herr Jürgen Rau, Frau Johanna v. Rekowski, Frau Melanie Bruckner, Herr Uwe Peter und Frau Angelika Träger
- Den Bewohnern des Reha – Zentrums Oberpfalz
- Der Regionalbibliothek Weiden für die Unterstützung bei der Literaturbeschaffung
- Frau Antje Lenz

27. Anhang

Interview A

A = interviewte Person

I = Interviewer

A: Hallo?

I: Ja fangen Sie einfach einmal an von sich zu erzählen.

A: och ja aufgewachsen hm ja wir haben eine Großfamilie einen Haufen Geschwister habe ich - wir haben halt / geschafft gehabt habe ich auch / Kindheit schon – früh in der Landwirtschaft gearbeitet bis zum Alter in dem ich berufsfähig bin teilweise bis zum puh! vierzehnten fünfzehnten Lebensjahr haben (Versprecher) wir bei der Oma groß geworden, hat die Oma uns versorgt weil die Alten berufstätig waren, dann bin ich dann in die Lehre gekommen - gelernt habe ich dann Metzger da habe ich dann - also abgeschlossen die Lehre - - na ja und da habe ich dann als Metzger dann aufgehört und da habe ich dann schon ein bisschen mit dem Alkohol! angefangen

I: hm

A: weil ich da ja in der Lehrzeit ja auch schon das Trinken ein Lehrjahr circa auch schon ein bisschen mit dem Alkohol, wo wir da so gravierend ab und zu einmal eine halbe Bier; oh dann hat es angefangen als ich dann als Metzger aufgehört hatte und im Sägewerk angefangen habe - da habe ich dann im Sägewerk angefangen und da ist dann schon der Alkohol, ja da waren es dann schon am Tag dann circa drei bis vier / fünf halbe Bier geworden, da war ich dann zwei Jahre im Sägewerk; dann habe ich in / Führerschein gemacht da bin ich dann in den Fernverkehr gegangen, da war es dann mit dem Alkohol die erste Zeit habe ich mich wieder zurückgehalten gehabt, aber das war dann auch - - irgendwie; ich wollte dann danach wieder weil ich habe dann so Heimweh gehabt die ganze Woche unterwegs gewesen, und dann bin ich dann halt auch wieder in den Alkohol hineingekommen, und das ist dann - immer schlimmer geworden; dann habe ich eine Freundin gehabt - - mit der war ich dann halt auch einmal abends fort auch ein bisschen zuviel Alkohol getrunken, ja da habe ich den ersten Unfall gehabt, das Auto Totalschaden, da habe ich 1, puh! 6 Promille gehabt circa! und ja dann haben sie mir den Führerschein genommen für vier Monate; da habe ich dann wieder im Sägewerk gearbeitet wo ich vorher schon gearbeitet hatte bis ich den Führerschein wieder

bekommen habe; als ich den Führerschein dann wieder hatte habe ich im Fernverkehr wieder angefangen und habe mich dann wieder eine Zeit lang zurückgehalten mit Alkohol weil der Führerschein war mir trotzdem wichtig ; dann habe ich meine Frau kennen gelernt mit der bin ich dann zusammengezogen und danach haben die Probleme angefangen mit dem Alkohol weil eben meine Frau auch gerne getrunken hat und die Exschwiegermutter hat auch ab und zu ein bisschen getrunken, der Freund von der Exschwiegermutter der hat auch abends getrunken das war ein / und der hat das Bier ganz gerne mit -; und ja! dann habe ich im Fernverkehr aufgehört und auf dem Bau! angefangen dann ist es erst richtig losgegangen mit dem Trinken da habe ich auch schon fröhs wenn ich aufgestanden bin kann man sagen als Kaffee habe ich dann schon Bier getrunken, das hat sich dann immer wieder gesteigert und gesteigert da habe ich dann ach zuletzt kann ich sagen - - zehn Halbe am Tag gut! zehn Halbe am Tag getrunken und das ist dann so weitergegangen da hat das Bier dann gar nicht mehr gereicht, dann habe ich mit Schnaps angefangen - - und der Schnaps das ist dann auch mehr geworden mehr geworden bis ich dann meine erste Therapie gemacht habe und dann /// das sind /; dann habe ich einen LKW-Unfall ich habe dann wieder in; da hat der / Konkurs gemacht //// und dann habe ich wieder beim / in / angefangen im Fernverkehr und da war ich schon im Trinken drinnen und dann habe ja ich einen Unfall gehabt mit dem Lastwagen, da habe ich 1,6 Promille meine ich wieder gehabt, da war der Laster Totalschaden da habe ich noch ganz großes Glück gehabt dass ich überlebt habe; und dann bin ich gleich nach *Würzburg also bin ich ins Krankenhaus gekommen nach dem Unfall und bin nach *Würzburg gekommen und habe äh eine Therapie gemacht, aber die war nur äh zehn oder elf Wochen und die war ein bisschen kurz die Therapie die hat gar nichts gebracht; na da haben sie meinen Führerschein dann genommen durch den Unfall dann habe ich nach der Therapie nach dieser Kurzzeittherapie beim *Müller in *Weißenburg wieder das Arbeiten angefangen, das ist dann ohne Alkohol prima gelaufen bis ich dann entlassen worden bin weil da ist die Auftrag- die Aufträge haben dann nicht so floriert wie sie gemeint haben und dann bin ich nach circa sechs Wochen bin ich entlassen worden; na und was habe ich gemacht? ich bin dann wieder nach *Ansbach zurück in meine alte Umgebung - - und sofort wieder ins alte Milieu hineingekommen, total war ich da wieder drinnen; habe in meiner alten Firma wieder mit dem Arbeiten angefangen als *Gabelstaplerfahrer und da ist es wieder richtig losgegangen mit dem Trinken da habe ich gedacht ich muss das alles nachholen was ich da versäumt habe, das war echt katastrophal und das ist so ausgeuffert da habe ich dann fröhs wenn ich aufgestanden bin als Kaffee fröhs schon das Bier gehabt und immer wieder! immer wieder ein Bier mehr geworden, das ist so gravierend geworden dass ich zuletzt den Strohrum aus der

Flasche gesoffen habe - - und das haben dann meine Eltern mitbekommen und haben meine Eltern etwas unternommen die haben dann - - haben dann mit / telefoniert und dann haben die mich nach / gezogen zur Entgiftung; da habe ich die erste Zeit schon einen Hass! - - auf alle gehabt, auf die Eltern und gegen meine Geschwister weil die das eingeleitet haben dass ich zur Entgiftung musste weil ich das Einsehen nicht gehabt habe; dann habe ich Betreuung bekommen da war ich auch total war ich dagegen mit der Betreuung; und dann bin ich von / nach *Koblenz gekommen zur Therapie und das war die erste Zeit war das schlimm! für mich die Therapie – ich habe da keine Lust gehabt, ha gut ein dreiviertel Jahr gebraucht bis ich zur Einsicht gekommen bin dass mir das guttut, ich muss auch sagen da hat mir die *Christine / aber vorher hat mich die *Christine unterstützt da bin ich echt der *Christine jetzt einmal dankbar dass sie mich unterstützt hat äh ich hatte selbst schon den Gedanken gehabt ich wollte - - einfach abbrechen und irgendwie fort weil ich ich wollte einfach nicht: aber das hat sich dann so eingespielt ich war so froh dass ich trocken geworden bin, ich bin ruhig geworden ich habe wieder normal denken können - das hat zwar eine Zeit gedauert weil ich noch immer also noch etliche Dinge zum / habe - -, und die Therapie die hat mir ganz! viel gebracht, sehr viel hat mir die Therapie gebracht - - und na ja das sind jetzt sechs Jahre sechs ja sechseinhalb Jahre in denen ich jetzt trocken bin und ich bin froh dass das so ist und dass ich die Therapie geschafft habe und noch immer trocken bin und dass ich die Unterstützung vom / habe weil die haben mich ja auch unterstützt.

I: welche Beeinträchtigungen also negative Auswirkungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

A: die negativen: ach ich habe Schulden! habe ich gehabt - - meine Ehe ist in die Brüche gegangen mit meinen Eltern und meinen Geschwistern habe ich den Kontakt abgebrochen gehabt - - bis ich dann also Therapie dann gemacht habe, dann ist so langsam der Kontakt wieder hergestellt worden - - - ich sage ja meine ganze Verwandtschaft da haben sich alle abgekapselt gehabt die wollten alle nichts mehr mit mir zu tun haben, den Arbeitsplatz habe ich verloren - - - also ich habe bloß Positiv- äh äh also Negatives: erlebt und jetzt durch die Therapie geht es jetzt wieder schön langsam bergauf,

I: hm was hat sich da verändert also durch die Therapie?

A: durch die Therapie hat sich verändert also erstens einmal bin ich trocken: bin trocken geblieben,

I: hm

A: ich habe an sich einen Arbeitsplatz wieder

I: hm

A: und ich habe eine Freundin wieder

I: hm

A: ja und ich kann mein Leben wesentlich besser meistern - - wesentlich: besser meistern!

I: hm

A: und da bin ich echt dankbar - - - und ich hoffe dass es so bleibt und dass ich trocken bleibe!

I: hm

A: und ich will auch einmal sagen die Selbsthilfegruppen haben mir auch viel gebracht,

I: hm

A: weil da habe ich trotzdem dann äh mehr reden können weil das Gleichgesinnte gewesen sind,

I: hm

A: die haben mir viel geholfen die Selbsthilfegruppen, bloß AA das habe ich dann gewechselt weil das dann immer wieder das gleiche gewesen ist, dann bin ich zum Kreuzbund das ist auch echt super der Kreuzbund

I: hm

A: und da habe ich auch die haben mehr Verständnis der Kreuzbund als AA weil durch AA da ist bloß durch ein Schema gegangen was beim Kreuzbund nicht so ist,

I: hm

A: und das geht terminlich auch weiter beim Kreuzbund und auch bei / solange es geht - - -

I: was sind denn die Zukunftspläne?

A: meine Zukunftspläne erstens trocken bleiben das ist die erste Sache - - zweites ja mit meiner Freundin mit der *Barbara gemeinsame Wohnung suchen

I: hm

A: und zusammen bleiben - - - ja und den Freundeskreis behalten so wie er jetzt ist mit dem Rehasentrum im Kontakt bleiben mit Kompass in Kontakt bleiben und regelmäßig Selbsthilfegruppen besuchen die sind sehr wichtig Selbsthilfegruppen. - - - -

I: hm vielen Dank!

Therapeuteninterview A

T = Interviewte Person

I = Interviewer

T: Der *Ludwig hatte eigentlich so was er erzählt hat eine harmonische äh Kindheit hat sich zu Hause sehr wohl gefühlt,

I: hm

T: hat /// mehrere Geschwister; bei ihm ist eigentlich am Anfang alles sehr gut gelaufen, er hat dann auch ziemlich früh geheiratet - - und hat ist in den Fernverkehr gegangen, zuerst hat er soviel ich weiß bei seinem Vater gearbeitet und dann ist er in den Fernverkehr gegangen und das hat ihn ein bisschen dann glaube ich getroffen; vor allem hat es dann Probleme mit seiner Frau gegeben sie ist dann fremdgegangen das hat ihn dann ziemlich heruntergezogen und durch seine Trinkerei hat es sich wahrscheinlich auch mit den Eltern vermutlich so was er gesagt hat auch nicht mehr so gut hingehauen und das hat ihn dann ziemlich heruntergezogen und da ist er dann immer mehr in den Alkohol hineingekommen ja; das war beim *Ludwig so der Start:

I: hm

T: dann hat er auch einen Unfall gehabt mit dem LKW dann hat dann war er ziemlich lange bei Euch hinten,

I: hm

T: vier Jahre gell?

I: hm

T: ja ja: obwohl er auch mir erzählt hat dass er rebelliert hat er wollte dann nicht drinnen bleiben - - aber mit der Zeit was er erzählt ist ihm eigentlich die Krankheit zur Einsicht gekommen und er hat auch gesagt er möchte auf jeden Fall für sich etwas machen und dann ist ja auch das mit seiner Freundin hinten mit der *Irmgard zustande gekommen und das hat ihn glaube ich ein bisschen aufgebaut und da hängt er sein ganzes Herz hinein so was ich jetzt so mitbekomme bei ihm,

I: hm

T: das ist sein da hängt er sich gut; was wolltest Du jetzt noch wissen?

I: meine zweite Frage wäre welche Beeinträchtigungen hat er durch seine Krankheit?

T: also kognitiv ist es bei ihm auf jeden Fall auch sehr stark, ich denke er hat auch; oder erzählt er hat auch am Tag pur Schnaps getrunken

I: hm

T: mengenweise und ich denke das hat dann auch; ich weiß nicht; also ich selbst kann also eigentlich von der Grundbegabung schätze ich ihn jetzt so schwach gar nicht ein,

I: hm

T: aber ich glaube dass er durch seinen Alkoholismus sehr viel kaputt gemacht hat

I: hm

T: so kognitiv ist er schon schwach

I: hm

T: Merkfähigkeit er sagt etwas am einen Tag und am anderen Tag hat er es wieder vergessen oder äh auch der Antrieb: fehlt ihm irgendwo ich glaube das hat bei ihm; gut ich habe ihn jetzt früher auch nicht gekannt aber ich denke das hängt bei ihm schon sehr mit seinem Alkoholismus zusammen;

I: hm

T: und dann hat er ja auch psychische oder seelische Sachen auch durch die Schuppenflechte die er da gehabt hat glaube ich lange hat er da gekämpft, ich denke da ist irgendwo bei ihm schon - - dass irgend etwas auf dem Grund liegt oder irgendwo entstanden; also das kann: ich aber nicht nachvollziehen also er hat mir das bloß erzählt und von der Reha habe ich das auch mitbekommen mir der Schuppenflechte dass er da in die Klinik gekommen war

I: hm

T: längere Zeit und da ziemlich Probleme gehabt hat;

I: hm kannst Du etwas darüber sagen was sich durch die Therapie bei ihm verändert hat?

T: - - durch die Therapie denke ich dass er einmal eine positive Lebenseinstellung äh dadurch verändert hat er hat irgendwo wieder einen Blick für das Leben bekommen denke ich einmal äh er hat etwas woran er arbeiten kann, er sieht sich sehr stabil: ich bin mir da gelegentlich nicht so sicher ich denke wenn er ein großes Problem zu bewältigen hat mit dem er alleine dasteht glaube ich äh greift er wieder zum Alkohol also so schätze ich ihn jetzt einmal ein! und ich sehe es immer wenn er ab und zu bei uns aufwartet da haut er wirklich wild um sich ob das wir sind oder seine Betreuer äh

I: mit Worten?

T: mit Worten: und er ist sehr geladen und hat einen richtig roten Kopf bibbert richtig und ich denke äh also wir können ihn gut beruhigen dann äh wenn man auf ihn einredet und ihn versucht ihm das klarzumachen im Moment vielleicht nicht aber das nächste Mal schaut es

dann eben anders aus; aber ich denke also wenn er jetzt so alleine auf sich gestellt wäre und das Problem bewältigen müsste ich weiß nicht ob er das dann so einfach packt, weil er will nach zu Hause mit seinen Eltern keinen Kontakt mehr haben ich denke da steht er alleine da und er hat ja Außenkontakte sehr wenig oder auch Arbeitskollegen in der Arbeit aber da ist es bei ihm eigentlich - - fast schluss; also ich denke geistig ist er also kognitiv ist er sehr eingeschränkt durch den Alkoholismus;

I: und die Zukunft vom *Ludwig wie wird die wohl aussehen oder wie ist Deine Einschätzung für die Zukunft?

T: ich denke der wird noch einige Zeit bei uns bleiben obwohl er ab und zu rebelliert aber ich denke den Sprung schafft er selbst den schafft er fast nicht also ihm er macht halt alles von seiner Freundin jetzt abhängig von der *Irmgard er hofft noch immer dass sie irgendwann aus der Reha herauskommen und er gemeinsam eine Wohnung nehmen möchte aber er möchte auch dann weiterhin in betreuten Einrichtungen also betreut werden also das ist ihm schon klar dass er noch immer ein bisschen Hilfe und Unterstützung braucht auch mit Schriftverkehr und so da kommt er auch nicht klar und das weiß er auch

I: hm

T: das ist ihm schon klar dass er da irgendwo Hilfe braucht.

I: ok danke!

T: hm!

Interview B

B = interviewte Person

I = Interviewer

I: ok dann legen Sie einfach einmal los, fangen Sie einfach einmal an.

B: also ich bin in *Staffelstein geboren *54 - - und bin da in die Schule gegangen, wir sind dann umgezogen nach *Bamberg das war *68 - - und dann habe ich nicht gleich eine Lehrstelle gefunden, dann bin ich in die landwirtschaftliche Berufsschule gegangen ich habe da (es folgt eine unverständliche Passage aufgrund heftiger Nebengeräusche) dass ich auch eine Landwirtschaft so etwas gehabt habe, habe dann aber eine Lehrstelle bekommen in *Würzburg,

I: hm

B: und habe das auch fertiggemacht, und dann habe ich mich mehr für Autos interessiert logischerweise habe dann auch eine Tankwartlehre angefangen in *Weißenburg sechseinhalb Wochen, dann hat mir die Bundeswehr einen Strich durch die Rechnung gemacht,

I: haben Sie einrücken müssen.

B: ja da war ich neunzehn,

I: hm

B: *Stuttgart - - und dann *Tübingen da habe ich mich verpflichtet für zwei Jahre und da habe ich in der Kaserne meine Lehre fertiggemacht, bin ich in die Instandsetzung hineingekommen halt KFZ fertiggemacht zwei Jahre,

I: hm

B: und dann bin ich herausgekommen da ist mit Tankwart gar nichts gelaufen das war *75 *75 und dann - - habe ich bin ich ins Arbeitsamt und dann war ein Angebot da mit Umschulung *Maler da habe ich dann in einer Firma gearbeitet wo ich gewohnt habe habe ich da umgeschult zwei Jahre,

I: hm

B: und dann fertiggemacht - - dann ist die Firma verlegt! worden nach *Weiden und das war mir zu weit weg also mit der Bahn - -; dann habe ich für die Firma gearbeitet wo ich lackiert habe Fernsehgehäuse *Grundig *Nürnberg *Langwasser,

I: hm

B: da habe ich dann in / Lastwagen ausgeladen; dann habe ich den Gabelstaplerschein gemacht und habe halt dann in zweieinhalb Jahren dann am Gabelstapler gemacht - - ; und da habe ich es ziemlich mit den Bandscheiben bekommen weil (es folgt ein unverständlicher Satz) da ist ein Wind hineingegangen und alles und geschwitzt drinnen und das hat dann nicht mehr hingehauen; dann habe ich ein bisschen mehr äh Gymnastik jetzt und mit ärztlicher äh Verordnung so gemacht Rückenschule und so etwas und auch Krafttraining aber auch speziell und dann habe ich natürlich und es haut schon einmal wieder hin: und dann bin ich am Hochbau / habe am Hochbau gearbeitet ein paar Jahre und dann am Straßenbau und dann Kabelbau ich habe halt sämtliche Dinger durchgemacht;

I: hm

B: und dass da auch etwas getrunken wird ist logisch ja? weil ich die Arbeiter sitzen da drinnen und trinken ihr Bier da kann ich schlecht mit einer Limo hineinsetzen in die Baubude und so ist es eben praktisch losgegangen aber das war schon ein bisschen früher bei der Bundeswehr schon ja? das war gang und gäbe wenn ich da Feierabend gehabt habe dass ich dann in die Kantine gegangen bin äh nach dem Abendessen dann und mit meinen äh Kollegen da ein paar Bierchen getrunken habe,

I: hm

B: und das ist dann zur Gewohnheit! geworden - logischerweise und ich bin dann nicht mehr weggekommen also ich war richtig / bin ich nach der Bundeswehr sowieso dann ich habe halt äh einen Flattermann gehabt in der Früh und; - - bin dann auch eine Zeit lang arbeitslos gewesen und da war es noch schlimmer weil ich nicht gewusst habe was ich anfangen soll den ganzen Tag,

I: hm

B: ich habe zwar viel schwarz gearbeitet aber ich habe dann auch mehr ich habe dann ziemlich viel verdient; dann halt da anderen Leuten tapeziert so in der Freizeit obwohl ich viel Freizeit gehabt habe aber das ist halt am Wochenende so gegangen,

I: hm

B: und so habe ich mich halt durchgeschlängelt ja? weil ins Arbeitsamt gefahren alle sechs Wochen nichts als Arbeit bekommen dann habe ich mich halt andersweitig beschäftigt ja? und da dann natürlich auch weil das geht ja dann wieder irgendwo hin,

I: hm

B: und so ist das weitergegangen bis es zu viel geworden ist und mir hat es 95 dann das Gestell zusammengehaut (Umgangssprache: es hat ihm den Boden unter den Füßen weggezogen) war ich im BKH (Bezirkskrankenhaus) in *Weiden,

I: hm was ist da passiert?

B: ich kann mich nicht mehr erinnern wie ich dorthin gekommen bin ins BKH,

I: hm ok.

B: ich weiß das bis heute! nicht wie ich dorthin gekommen bin,

I: hm

B: also mein Bruder hat eben gearbeitet und meine Schwägerin hat mich in der Wohnung gefunden aber ich kann mich an nichts erinnern, ist nichts!

I: hm

B: keine Ahnung: mein Bruder wollte es mir schon einmal erzählen dann habe ich gesagt ich will nichts wissen - - weil ich möchte das äh nicht wissen: - - na ja und dann war ich in *Nürnberg und dann war der Umzug aus *Staffelstein,

I: hm

B: war ich dabei, und 99 bin ich dann hierher in die *Lengfelder (damit ist die Klinik gemeint, in der sich der Patient aktuell aufhält) gekommen,

I: 99.

B: ja, dann habe ich in / gewohnt, dann hierher;

I: hm

B: also ich habe noch keinen Rückfall gebaut - - jetzt bin ich eben trocken seit 95 und ich will auch nichts mehr trinken ich habe - - - nicht bis hierhin sondern bis hierhin (Patient lacht schallend); ich habe ziemlich viel erlebt,

I: hm

B: auch mit trinken und so und ich habe es auch bei anderen Leuten mitbekommen mein Kumpel

I: hm

B: den ich gut gekannt habe - - aber ich will nichts mehr trinken ich habe null Bock,

I: hm

B: aber nein ich wenn ich wenn ich Leute sehe die in *Würzburg von mir aus im Café ihr Weizen trinken und einen Schnaps dazu oder einen Wein oder Sekt oder was - - dann denke ich mir äh 'lässt Du es Dir eben schmecken.' weil mir hat es ja auch geschmeckt ja?

I: hm

B: ich denke da nicht (es folgt ein unverständlicher Satz) oder was weiß ich das denke ich nicht, ich denke halt 'lasst es Euch eben schmecken.' solange sie da nicht umherrollen auf der Straße was weiß ich das ist ein - - normal einmal wenn einer einmal am Mittag ein Weizen trinkt zum Essen von mir aus im Wienerwald oder so etwas - - das ist normal, bei mir ist es

nicht bei einem geblieben - - und gegessen habe ich fast überhaupt nichts, bloß eine Unterlage und der Rest Flüssigkeit!

I: hm

B: ich möchte es nicht mehr machen; der Nachteil ist bei mir jetzt (es folgt Gelächter) obwohl geraucht hat man auch da hat man nicht einen solchen Appetit gehabt aber ich bin jetzt da und sitze und schaue Fernsehen Werbung und sehe irgend etwas da zum äh dann laufe ich zum Kühlschrank und mache mir ein Wurstbrot oder sonst etwas ich kann nicht anders als es ertragen,

I: hm

B: das habe ich halt vorher nicht gehabt, aber so: körperlich geht es mir eigentlich schon gut aber - - jeder hat seine Wehwehchen körperlich und alles,

I: hm

B: die habe ich halt auch erst hier am Fuß bin ich jetzt zweimal operiert worden und ich kann halt nicht mehr so weit laufen wie ich will,

I: hm

B: weil ich dann Schwierigkeiten bekomme weil sie mir im Innern da quasi die ganze Ader herausgenommen haben,

I: aha!

B: und das sind Stützstrümpfe

I: hm

B: und - - - na ja also ich ich hoffe dass ich nicht mehr in Versuchung komme

I: hm

B: dass ich noch einmal etwas trinke, na ja bis jetzt ist es ja gut gegangen seit 95 also zwangsweise!

I: hm

B: denke ich einmal ja? weil selbst bin ich nicht ins Krankenhaus gegangen in *Weiden; und mir hat auf jeden Fall die Reha geholfen

I: hm

B: weil sonst würde ich wahrscheinlich da schon liegen höchstwahrscheinlich,

I: hm

B: das sehe ich ja viel ich kenne ja viele Leute also ich habe viel gekannt da die sind über zwanzig schon verschwunden,

I: ja.

B: seit 2000, auch Leute aus der *Lengfelder also die hier gewesen sind, also ich sehe fast niemanden mehr, vielleicht einen oder zwei, die sind aber mindestens fünf Leute hier ja? und die habe ich auch kennen gelernt in *Würzburg im Gemeindehaus in der AA aber ich sehe keinen Menschen mehr hier, ich weiß nicht wo die alle hinkommen!

I: hm

B: wenn ich ich will auf jeden Fall äh hier bleiben ja?

I: hm

B: ich lasse mich auch nicht von anderen Leuten beeinflussen die / schon geschluckt haben wie der *Mayer da oder draußen der *Müller,

I: hm

B: oder ist ja egal wer das ist - - ich: auf dem Gebiet bin ich ein Egoist durch und durch

I: hm

B: weil ich nichts trinke, da kann mir einer sagen was er will das würde mir oder einladen 'komm trinke ein Bier mit!' mache ich nicht!

I: hm

B: also ich lasse mich nicht verführen, da kann keine Frau kommen eine schöne oder sonst etwas (Patient und Interviewer lachen), oder einen Kasten Bier hinstellen ja? die würde ich aus dem Fenster hinausschmeißen mitsamt dem Kasten!

I: hm

B: hundertprozentig! - - - -

I: hm, welche Beeinträchtigungen haben Sie denn gehabt durch den Alkohol?

B: ja ich war im Rollstuhl drinnen in *Weiden äh ein gutes halbes Jahr und dann

I: nicht mehr laufen können oder?

B: nein nicht mehr gehen können; bei mir ist es in die Beine gegangen also weil da natürlich auch weil ich ja immer geraucht: gehabt habe, ich habe nicht gewusst wie ich dort in dieses Krankenhaus gekommen bin,

I: hm

B: einiges: weiß: ich: inzwischen: wieder: und das hat fast zehn Jahre gedauert ja? weil ich immer wieder daran gedacht habe - - ich weiß schon wie ich hineingekommen bin jetzt,

I: hm

B: aber gleich: also wie ich da ein halbes Jahr drinnen war ich habe keine Ahnung gehabt wo ich da bin!

I: hm

B: dann haben sie einen Test gemacht in *Weiden in der Uniklinik ist gleich gegenüber

I: hm

B: des öfteren: ich habe mich schon an einiges erinnern können aber nicht an alles,

I: hm

B: es ist mir halt äh mehr oder weniger erzählt worden, ich habe es nicht glauben können! - - und - - - und in *Würzburg da das ist so eine Sache also - - - da waren zwei da mit denen ich; einer ist noch da die waren in der *Neustraße der ist auch trocken!

I: hm

B: und den besuche ich auch ab und zu - und der eine wohnt noch in der *Lengfelder der ist 2000 dahin gekommen der ist auch auf Reha gewesen,

I: hm

B: mit denen habe ich noch Kontakt: aber der Rest der da war nicht mehr,

I: hm

B: weil auch die meisten verschwunden sind

I: hm

B: die haben halt auch wieder angefangen; der *Schmitt ist ja noch da:

I: hm

B: ist ja allgemein bekannt ja?

I: hm

B: der hat ja da hinten drüben gewohnt,

I: hm

B: und - - - wie sie ihn dann halt da in der Drogengemeinschaft / oder da draußen dann; der *Schmitt ist dahergekommen mit der Tasche voller Bier und wollte herein, dann haben wir ihn nicht hereingelassen und den *Henkelmann haben wir auch nicht

I: hm

B: und wenn dann einer da draußen herumschreit 'asoziale Arschlöcher!' dann

I: ist es vorbei.

B: ist es vorbei; wenn das jemand einmal in der Stadt schreit oder geht auf mich los da kann es passieren dass es kracht,

I: hm

B: und das ist mir dann egal wer das ist ob ob der besoffen ist oder nicht das ist mir scheißegal:

I: was hat sich denn bei Ihnen auf der Therapie verändert?

B: bei mir?

I: ja. durch: die Therapie was hat sich durch: die Therapie verändert?

B: bei mir verändert: - - - - äh ich denke ziemlich äh anders ist äh Alkohol und äh falsche Freunde zum Beispiel - - weil sicher äh ich bin selbst schuld mit // aber ich habe mich halt äh mit hineinreißen lassen ich hätte auch sagen können ich will nichts

I: hm

B: aber da war ich ein bisschen zu naiv wahrscheinlich, jetzt würde mir das nicht mehr passieren weil ich ja weiß was Sache ist was ich weil ich Etliches erlebt habe Therapien oder in der Reha oder da in *Würzburg - - ich habe keine Lust mehr dass ich jetzt genauso ende: wie beispielsweise *Müller ja?

I: hm

B: weil ja der schon überall herumgehüpft und herumgelegen ist gesoffen:

I: hm

B: das würde ich nicht verkraften wenn man mir das nachher erzählt und - - ich würde verschwinden ich bräuchte in *Würzburg nicht bleiben

I: hm

B: wenn ich einen Rückfall bauen würde: und läge da auf der Straße herum besoffen das täte mir dann Leid am nächsten Tag weil ich /// wäre ich abgehauen,

I: hm

B: ich verstehe das nicht wie der *Müller da äh - - wie der das macht:

I: hm

B: also der muss doch auf Deutsch gesagt ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl haben oder kann er nicht mehr richtig denken:

I: hm

B: also für mich ist das nicht normal!

I: hm

B: da blicke ich nicht durch! - - er ist doch nicht dumm: von Haus aus oder?

I: nein.

B: also was hat der da davon ?

I: hm

B: ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl kann das nicht sein, ich wette ich denke einmal der will auffallen dass er eben da in eine Einrichtung hineinkommt ja? denke ich einmal

I: hm

B: sein Betreuer weiß doch das alles: aber wieso bringt er ihn nicht irgendwo hinein?

I: keine Ahnung! was hat sich Bei Ihnen auf der Therapie noch verändert?

B: ich bin noch ruhiger geworden (Patient lacht)

I: hm

B: ich bin ich bin äh äh von Haus aus ruhig gewesen aber ich bin mehr ins Grübeln gekommen,

I: früher?

B: ja, also auf Therapie schon im Krankenhaus äh und auf der Reha sowieso da ist es ja zwangsweise gewesen dass ich etwas sage

I: hm

B: weil ich ja auch gefragt worden bin von allen Leuten

I: hm

B: und das //// aber ich habe schon wieder alles gewusst ja? bloß ich rede nicht gerne äh über Vergangenheit ja? also was ich drinnen gemacht habe und was ich privat gemacht habe das sind das ist meine: Sache!

I: hm

B: da müsste ich einen mindestens schon fünf Jahre gut kennen dass ich den einweihe: was ich so drinnen habe - einen guten Freund ja?

I: hm

B: ich kann nicht in die Reha gehen und (es folgt ein unverständlicher Satz) und was soll ich da jetzt mit meinem Lebenslauf das geht bei mir nicht

I: hm

B: und (es folgt ein unverständlicher Satz) und erzähle da sonst etwas - - ich hätte ja Stories vom Pferd erzählen können und der hätte es glauben mögen!

I: ja.

B: das wollte ich ja nicht!

I: ja!

B: entweder ich sage die Wahrheit oder ich sage nichts!

I: hm

B: also habe ich nichts gesagt! (Patient und Interviewer lachen schallend) das ist so: weil ich habe sie ja nicht gekannt: das ist die Chefin dort von der Reha und ich kann nicht einer für mich wildfremden Frau da meinen Lebenslauf erzählen das geht nicht!

I: hm

B: ich habe gesagt 'ich will doch von Dir auch nichts wissen!' und aber die hat nicht abgelaassen ich habe immer dasselbe gesagt dass ich nichts erzähle!

I: wie sieht denn jetzt Ihre Zukunftsplanung aus?

B: äh Zukunft ich möchte schon also ich möchte schon in *Würzburg bleiben - - weil ich ein bisschen Angst habe wenn ich in eine andere Stadt komme dass ich vielleicht verkehrte Leute kenne dass ich wieder - - - etwas trinke:

I: hm

B: da kenne ich jetzt ja einen Haufen Leute aber man redet halt man geht nicht direkt aus sich heraus was mit dem Herrn *Launer oder dem *Hahn da die treffe ich ab und zu oder ich gehe zum Herrn *Launer hinter und man redet halt über alte Zeiten in Reha so aufwäscht

I: hm

B: was man erlebt hat drinnen oder was da in *Würzburg so läuft

I: hm

B: aber sonst ist eigentlich

I: hier bleiben?

B: bitte?

I: hier bleiben in Würzburg: ist die Devise?

B: ja ich möchte schon einmal ein Jahr oder zwei da bleiben hier!

I: ok .

B: weil - - ich habe schon gesagt wenn ich jetzt äh einen Ortswechsel oder einen Stadtwechsel mache und ich weiß welche Leute ich kenne

I: hm

B: und das ist - - ich weiß was ein Rückfall bedeutet weil ich sehe es ja da wieder ja?

I: hm

B: und - - wenn ich äh wirklich dableibe vielleicht nächstes Jahr selbst einmal eine Wohnung

I: hm

B: ich möchte aber im Kompass dableiben dass ich noch hingehen kann als Anlaufstelle und nicht irgendwo da in die Diakonie wenn ich gehe oder in die Oase oder äh äh - - was es noch für Einrichtungen gibt ja? und ich möchte im Kompass drinnenbleiben!

I: hm

B: ok gut danke schön! super!

Therapeuteninterview B

I = Interviewer

T = Interviewte Person

T: Der *Benjamin war der Jüngste von ich glaube vier vier Geschwistern, der Vater ist sehr bald gestorben was er so erzählt hat und die Mutter hat ihn sehr vereinnahmt also er war eigentlich das Muttersöhnchen daheim und ich glaube dass ihm die Mutter eigentlich so ein bisschen die Luft zum Leben genommen hat

I: hm

T: so den Eindruck habe ich so von dem was er erzählt hat hin und wieder einmal in der Zeit, äh und sein großer Bruder der kümmert sich jetzt auch jetzt noch sehr der wohnt zwar in *Dresden der ruft ihn jeden Sonntag an und kümmert sich auch sehr um ihn, also ich glaube das war schon immer so ein bisschen das - Heimchen so so der Kleine

I: hm

T: der der umsorgt werden will oder oder umsorgt werden muss, also

I: hm

T: und ich denke dass ihn die Mutter sehr vereinnahmt hat und das ihn ein bisschen - - belastet hat oder ihm eben einfach nicht gut getan hat; und das was ich so mitbekommen habe ist auch bei ihm äh die Bundeswehr damals das war etwas ich glaube da ist viel auch um den Alkohol gegangen ich glaube da war er überfordert und dem war er nicht gewachsen!

I: hm

T: und er erzählt zwar was er beruflich schon alles gemacht hat aber beim *Benjamin und so äh alles kannst Du ihm nicht glauben, er hat mir auch schon gesagt dass er ein Kind hat äh äh eine Tochter hat, es ist halt Phantasie!

I: hm

T: er lebt: teilweise in seiner Phantasie der *Benjamin,

I: aha das stimmt dann alles gar nicht!

T: nein!

I: hm

T: also ich habe am Anfang habe ich ich habe ihm am Anfang ja ich habe ihm am Anfang ja echt auch geglaubt, aber dann habe ich halt immer wieder nachgefragt und so und dann ist es mir gekommen dass es halt doch nicht wahr ist das ist seine Phantasiewelt,

I: hm

T: viele Sachen äh lebt er in seiner Phantasie; ja und ich denke darüber ist er auch zum Alkohol gekommen der hat äh war ein Spieler äh hat viel in den Kneipen herumgehungen,

I: hm

T: Karten spielen oder Billard spielen und solche Sachen hat er in seiner Freizeit gerne gemacht und da ist er dann immer weiter reinkommen - ich denke er ist ein sehr gutmütiger Kerl,

I: hm

T: und hat sich da einfach hineinziehen lassen also so habe ich den Eindruck! - - -

I: hm ok ähm die Beeinträchtigungen hast Du schon gesagt gibt

T: ja er ist äh ich denke sehr stark Korsakow Syndrom er kann sich viele Sachen einfach gar nicht merken oder er lebt glaube ich seine eigenen Phantasiewelt,

I: hm

T: also das Reale ist bei ihm jetzt nicht unbedingt so; er ist auch immer gut aufgelegt äh er existiert auch nicht richtig er sagt dann er hat ein Raucherbein er sagt zwar schon zu mir 'ach ich habe Schmerzen.' aber im nächsten Moment lacht er wieder und dann ist das eigentlich für ihn auch wieder vergessen, also ich denke einmal er nimmt sich auch selbst nicht richtig wahr!

I: hm

T: ich habe immer das Gefühl bei ihm also er ist auch immer gut aufgelegt wirklich; einmal da haben wir ihn erlebt da hat er mit einem Bewohner zusammengelebt mit dem ist er nicht klargekommen und äh da steigt er dann aus: da wollte er ausziehen da wollte er alles hinwerfen und so aber normalerweise lebt er nicht in der realen Welt hat man so das Gefühl bei ihm.

I: ok kannst Du auch etwas darüber sagen was sich durch die Therapie verändert hat bei ihm?

T: er hat Halt bekommen das ist für ihn eigentlich so eine Art Familie, er erzählt auch viel von der Zeit und lebt manchmal in der Zeit noch ja 'das haben wir in *Darmstadt gemacht.' oder wenn jetzt etwas ist dann ruft er nicht uns: an sondern er ruft hinten in der Reha an also ich denke immer das hat ihm halt einfach das ist seiner erster Halt gewesen einfach wo er einmal Gemeinschaft Familie; kann ich auch gut einordnen wenn ich bei uns im Haus muss ich ehrlich sagen der der alles ein bisschen zusammenhält so war erstens einmal die

Hausmeisteranleitung im Haus äh wenn einer wirklich einmal ein Problem hat der kann zum *Benjamin kommen kann ihm erzählen, er ist zwar keine Hilfe für die anderen aber er sagt 'das musst Du machen!' und so

I: hm

T: aber er ist der der bei uns im Haus am besten akzeptiert wird,

I: hm

T: hat auch seine Problemchen aber er wird akzeptiert!

I: hm

T: also das ist wie so ein ich sehe ihn immer so ein bisschen als Baum im Garten so äh - -

I: und wie ist es mit der Zukunft?

T: ich weiß es nicht also der bleibt auf jeden Fall trocken der ist schon seit zwölf Jahren trocken oder so um den Dreh und das ist auch sein Ganzes sagt er immer da ist er stolz darauf und das ist ihm auch wichtig, aber gesundheitlich werden wir mit ihm noch ein Problem bekommen ich denke er bleibt uns auch und irgendwann werden wir ihn dann in ein Altersheim oder so etwas

I: hm

T: also ich denke auch mit seinem Raucherbein und - - wird ein Problem werden,

I: hm

T: wird auf jeden Fall ein Pflegefall langfristig.

I: ok vielen Dank.

Interview C

C = Interviewte Person

I = Interviewer

I: sagen Sie einmal irgend etwas!

C: eins zwei drei.

I: passt ok. ja dann fangen Sie jetzt einmal an erzählen Sie einfach einmal darauf los!

C: so das richtige: Trinken hat eigentlich bei mir angefangen mit 24 Jahren da bin ich zum ersten Mal auf Montage gefahren und vorher habe ich einmal ein zwei Bier getrunken aber ah das war - - war nicht die große Masse,

I: hm

C: aber dann auf Montage 'Mensch trinke einen mit!' und dann wurde man vom Betrieb abgestellt da hatten wir - - Frühstück in der Gaststätte bekommen Mittagessen in der Gaststätte und da hat sich das so hingezogen; und da habe ich eigentlich immer in der Regel zum Feierabend drei Flaschen Bier getrunken; und dann habe ich meine Frau kennen gelernt - und die Schwiegermutter hatte sich dann äh so so äh in jede Sache eingemischt na ja dann waren es keine drei mehr dann waren es fünf und wenn sie sagte 'Mensch Junge trinke nicht!' dann war nicht einmal die eine Pulle alle da habe ich schon die nächste aufgemacht; nur dass ich mich selbst / habe das ist mir jetzt: bewusst

I: hm

C: aber ich habe mir gedacht 'na ja Dir zeige ich es schon!' so ich setze mich schon durch!

I: hm

C: aber das war der falsche Weg; na ja und wie gesagt und das wurde dann äh immer mehr immer mehr je mehr ich Stress hatte desto mehr habe ich getrunken - - und - - normalerweise haben es mir eigentlich auch schon einmal ein paar Kollegen gesagt 'Mensch hast Du heute wieder eine Fahne!' aber das war eigentlich nicht so so in den Maßen dass ich jetzt getorkelt bin

I: hm

C: ich bin eigentlich immer gerade gelaufen; und mit der Zeit waren es ja auch keine fünf Flaschen mehr da hat die Frau fünf gebracht und ich habe noch von unterwegs immer noch zehn mitgebracht,

I: oh!

C: äh so und die habe ich ja auch versteckt in der Werkstatt oder in der Garage oder (es folgt ein unverständlicher Satz) und das hatte sich dann wirklich - - auf - - sechs sieben Jahre hingezogen bis ich einmal ganz starke Rückenschmerzen hatte, da bin ich dann zum Arzt gegangen - - und na ja: das Zittern hatte ich schon wenn ich fröhs aufgestanden bin die / die war ganz schlimm und ich habe mir immer gedacht weil ich ein Frühaufsteher war das war so die Wintermonate dass ich gefroren habe da hat mich auch noch nicht: einer so angesprochen deswegen ist mir das auch gar nicht so bewusst geworden bis der Arzt gesagt hat 'Wir haben ein Problem!' sage ich so 'wieso?' na ja Problem - - 'wir äh ich kann Ihnen aber dabei helfen wenn Sie nur wollen ein Problem mit dem Alkohol.' und da habe ich gesagt 'na ja dann sagen Sie doch gleich in bin Alkoholiker!' dann hat er gesagt 'das darf ich nicht sagen.'

I: hm

C: 'aber als Sie das jetzt angesprochen haben:' äh na ja und da hat er da angerufen und da habe ich eine ambulante Therapie in der Reha da gemacht,

I: hm

C: na ja die da bin ich dahin gefahren die hat mir dann ein Tonband ablaufen lassen hat gefragt ob das so in der Richtung so ist; ich sage 'ja ja ist so.' dann hat sie gesagt 'passen Sie auf wenn Sie das: unterschreiben stehen Sie in der Pflicht:

I: hm

C: dann bin ich jeden Morgen vierzehn Tage lang zu wie so einer Entgiftung so hineingefahren und musste mich aber jeden Tag an den Bus; ich durfte mit dem Auto nicht fahren weil der Arzt sagte die Tabletten sind äh fahruntauglich äh äh sollte ich mit dem Bus machen, na ja und das habe ich dann gemacht und dann habe ich so sechs Wochen die ambulante Therapie gemacht; und das hat ja auch angehalten zehn zehn: Jahre lang war ich ja fast trocken und da bin ich hier herüber gefahren da war ich auch noch trocken,

I: von von Sie hierher gezogen sind meinen Sie?

C: ja!

I: hm

C: und dann hatte ich doch den Band- äh

I: Bandscheibenvorfall!

C: Bandscheibenvorfall bekommen na ja und dann hatte ich mit den Schmerzen äh und dann wollte ich wieder arbeiten gehen und dann habe ich keine Arbeit bekommen, dann lief immer alles schief; und das war Silvester vergesse ich nie wieder: da hat mich noch *Sonja gefragt ob ich mitkomme, ich habe gesagt 'nein ich bleibe daheim.' und ich hatte aber schon Mittag:

dachte ich Mensch! man müsste doch einmal einen Schluck Sekt trinken; aber - - da und irgendwie habe ich es nachher gemacht: - - aber ich hatte ja zwanzig Flaschen Sekt die habe ich ja jahrelang nicht angefasst,

I: hm

C: und na ja: fröhs bin ich dann aufgestanden da war weiter nichts `ach da kannst Du auch ein Bier trinken gehen!` und dann hatte sich das hinausgezogen!

I: hm

C: und es war auch nicht lange hat es dann ja jeder gemerkt äh dann hatte ich von mir wieder das Zittern hier gehabt und eine Fahne und dann meinte er `trinkst Du wieder?` `nein nein das sind nur die Tropfen!` und und also immer so ein bisschen ich habe geglaubt er merkt es nicht; und dann habe ich wieder eine Entgiftung im ambulanten Entzug gemacht dann hat es auch eine Weile wieder angezogen da bin ich auf das Arbeitsamt gegangen arbeitssuchend und da war dann nachher alles ein bisschen zu dumm und zu blöd und dann habe ich wieder voll angefangen - - und wie gesagt das war äh wenn man keine Arbeit hat da ist man sich so nutzlos vorgekommen und da war mir auch scheißegal und dadurch habe ich mich auch verschuldet,

I: hm

C: und das wurde ja dann immer mehr: ich konnte ja dann auch nicht mehr ah die Steuer: - - - bis ich dann äh wieder eine Entgiftung gemacht habe und dann äh habe ich ja den Vorschlag in *Würzburg; und da habe ich ja jetzt die Therapie gemacht!

I: hm

C: und wenn ich das vorher alles gewusst hätte was der Alkohol an Schaden macht das habe ich ja in *Würzburg gelernt ich wollte ja nur ein halbes Jahr bleiben das wissen Sie ja auch:

I: hm

C: und da bin ich ja noch gut gefahren: ich meine jetzt / und so und mit dem Denken dass ich da; gut: das hat wahrscheinlich auch - - Lücken gegeben das ist ja normal aber wenn ich andere in *Würzburg gesehen habe die sich ja an so gut wie gar nichts mehr erinnern das ist dann schon traurig!

I: hm

C: und ich hoffe ja auch dass ich jetzt trocken bleibe jetzt habe ich es ja zweieinhalb Jahre geschafft 2004 bin ich nach *Würzburg gekommen und hier in der WG werde ich unterstützt und ich nehme an ich habe auch den richtigen Weg eingeschlagen und nicht gleich den draußen, das wäre nämlich die ersten Monate vor den Baum gelaufen, kein Geld hierher gekommen und da wäre es wahrscheinlich wieder so passiert wie es passieren sollte!

I: hm

C: und ich nehme an ich habe auch den richtigen Weg eingeschlagen; wie gesagt bürgen: kann ich nicht dafür dass ich trocken bleibe aber ich hoffe und bete jeden Abend dass ich den Tag überlebe!

I: hm. welche Beeinträchtigungen haben Sie denn gehabt durch den Alkohol?

C: ich hatte auch na ja: ich hatte auch Minderwertigkeitskomplexe als ich etwas getrunken hatte na ja da war ich dann ein bisschen offener; so schüchtern: ja bin ich ja heute auch noch ruhig und so äh aber heute sage ich schon meine Meinung.

I: nein ich meine welche welche Folgeschäden äh oder oder welche negativen Beeinträchtigungen Sie durch den Alkohol gehabt haben!

C: gesundheitsschädlich beeindruckt? ich sage einmal die die Werte lagen so gerade an der Grenze hat mir der Arzt einmal gesagt da habe ich eigentlich teu teu teu: aber ich denke das hat auch schon ein bisschen nachgelassen da musste ich aufholen!

I: hm

C: Mensch: äh wenn mir einer einmal gesagt hat 'was haben Sie gerade gesagt?' das ist passiert!

I: hm

C: aber das hat sich auch ein bisschen schon jetzt gegeben; aber in der letzten Zeit in der ich noch getrunken habe wenn einer gesagt hat 'ich habe es Dir doch gesagt wir wollten das doch machen!' 'nein, hast Du mir nicht gesagt!'

I: hm

C: und das waren die Schäden; und ich war immer in der Annahme dass er es mir nicht: gesagt hat; heute: weiß ich dass es so ist,

I: hm

C: aber vor Jahren hätte ich es noch abgestritten; und wie gesagt wer weiß ob ich das auch durchgezogen hätte alleine: wenn ich nicht die Unterstützung gehabt hätte!

I: hm

C: von meinem Betreuer oder von *Sonja oder von Ihnen und so und ich habe ja eigentlich auch viel gelernt.

I: was hat sich denn verändert durch die Therapie?

C: ich stehe ganz anders jetzt fröhs auf: gut die Schmerzen sind ja immer da,

I: hm

C: und die kann mir auch keiner nehmen aber ich nehme regelmäßig meine Tabletten ich gehe regelmäßig zur Untersuchung Blutwerte und das;

I: hm

C: aber ich sehe irgendwie die Welt auch anders: als ich noch getrunken habe war mir alles scheißegal, alle waren schlecht nur ich war eben der Arme,

I: hm

C: der Sünder: und und ich vertrete auch heute meine Meinung!

I: hm

C: wie als wir jetzt die großen Möbel; das habe ich mit dem Rücken nicht;

I: hm

C: das hätte ich vor zwei Jahren nicht gemacht da hätte ich mich wahrscheinlich drangekniet und ja wie gesagt `da musst du den *Herbert noch rufen!`

I: hm

C: allein packe ist das nicht!

I: hm

C: und das sind solche Werte die ich vor zwei Jahren nicht gemacht hätte!

I: hm

C: hätte wahrscheinlich so lange gemacht bis ich daneben gelegen hätte!

I: hm

C: und ich bin auch jetzt ja auch wie die Nachrichten und so Geschichte und interessiert mich ja jetzt; schalte ich am meisten N24 oder / die Sendungen schaue ich am meisten an,

I: hm

C: die Filme sind ja immer dieselben!

I: hm

C: aber die Berichte habe ich früher auch nicht gemacht, da habe ich mein Bier gesehen oder bin in die Gaststätte gegangen, den größten Teil habe ich auch viel zu Hause alleine getrunken dass es auch bloß keiner so mitbekommt!

I: hm

C: die haben es ja mitbekommen die haben es mir ja auch gesagt, die ganze Familie hat es ja mitbekommen wo ich immer gedacht habe die haben es nicht: mitbekommen - - ich habe das Bier ja auch versteckt und (es folgt ein unverständlicher Satz) `wo Du das Bier überall versteckt hast auf solche Ideen muss einer erst einmal kommen!`

I: hm

C: die meinten `typisch Alkoholiker!` das hatte ich ja dem Papa gesagt; `warum versteckt der sein Bier in der Wohnung?` da bin ich mir: die hatte ja einen Schlüssel immer mich gekümmert

I: hm

C: und sie sollte es ja auch nicht mitbekommen!

I: hm

C: und - - ich hoffe ja dass ich nicht: wieder rückfällig werde; ich mache jetzt auch regelmäßig Selbsthilfegruppe

I: hm

C: vielleicht hätte ich dazu einmal wenn ich hier gekonnt hätte als mir der Gedanke gekommen ist Silvester hätte ich da wahrscheinlich angerufen vielleicht wäre das auch gar nicht so weit gekommen!

I: hm

C: dass man einmal zur Selbsthilfegruppe; aber durch die Arbeit als ich immer in München war 'oh der Ossi!' und so da hat man dann auch schon ein bisschen Hemmungen gehabt äh na ja ich bin ja aus dem Osten da werde ich ja schief angeschaut und da habe ich mich das auch nicht getraut äh äh so eine Gruppe aufzusuchen!

I: hm

C: und das war wahrscheinlich auch mein Fehler!

I: hm

C: vielleicht wäre ich auch heute noch trocken gewesen: wäre der Rückfall nicht gekommen aber wie gesagt man erfährt ja auch in der Selbsthilfegruppe immer immer etwas Neues - - man erzählt ja dann auch einmal seine Probleme wie es einem auch wirklich auf der Arbeit geht, dann hört man einmal zu!

I: hm

C: und dann verzweigt man sich wie es war und das hat mir wahrscheinlich auch gefehlt: und wenn ich so bleibe dann habe ich - - -

I: und wie sieht denn die Zukunftsplanung so aus ?

C: ja ich will jetzt erst einmal alles in Ruhe meine Schulden abbezahlen und so lange ich jetzt erst einmal hier übernommen werde und dann schön langsam Schritt für Schritt und nicht jetzt 'ich will das ich muss das haben!' äh schön langsam; und dann überlegen kann ich mir das leisten dass ich mich nicht wieder verschulde und - - ich meine ich ergänze mich immer mit *Herbert wir waren ja auch zusammen in *Würzburg wir sind ja öfter einmal das Wochenende zusammen so und da unterhalten wir uns natürlich auch einmal darüber und das bringt auch schon viel!

I: hm

C: wissen Sie wenn ich mich jetzt mit einem Fremden darüber unterhalte der das Problem nicht versteht weil manche sagen 'Mensch ein Bier kannst Du doch trinken!'

I: ja!

C: und mit solchen Leuten äh soll man einmal keinen Kontakt haben: das ist eben meine Meinung jetzt wenn Sie jetzt schon so anfangen; aber wenn welche das verstehen da fühlst Du Dich dann auch hingezogen oder auch offener!

I: hm

C: als wenn einer so 'na komm hier eines trinken!' und so und das ist schon eine Gefahr!

I: hm

C: und wenn man dann schwach ist kann es passieren dass man wieder rückfällig wird und solche Leute will ich versuchen zu vermeiden; ich meine ich werde jeden Tag mit dem Alkohol konfrontiert, gehe ich in den Laden hinein oder gehe doch einmal etwas Warmes essen in der Gaststätte da wird man konfrontiert da sieht man es aber das heißt aber nicht dass Du es trinken musst: und ich hoffe ja dass wenn ich mir dann alles so vorgenommen habe vielleicht dann später auch einmal eine Lebensgefährtin äh; aber das muss alles erst einmal schön in Ruhe; ich möchte dann auch dann einmal wieder ein Auto haben und wieder einmal in den Urlaub fahren was ich jetzt zur Zeit nicht so kann finanziellmäßig und so; und das hatte ja auch alles der Alkohol gebracht ich hatte ja früher Geld gehabt ich habe mich ja auch verschuldet durch den Suff,

I: hm

C: ich kann nicht sagen die anderen waren daran schuld äh weil ich dann auch keinen Überblick mehr hatte; die Post aus dem Briefkasten genommen und stapeln lassen,

I: hm

C: na ja und das würde ich ja jetzt ändern!

I: hm

C: gut wenn ich jetzt nicht ganz durchblicke aber da habe ich ja auch Kumpels und Freunde die unterstützen mich ja dann, weil mit dem schriftlichen Kram ich nicht so

I: hm

C: bewandert bin, aber das soll mir dann nicht noch einmal passieren dass ich mich zu sehr verschulde!

I: hm

C: das wäre es dann eigentlich nun.

I: ok vielen Dank Sie haben mir sehr weitergeholfen!

Therapeuteninterview C

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: hm und jetzt sage einmal vielleicht was Du zu der Lebensgeschichte im Kopf hast wie er aufgewachsen ist (es folgt ein unverständlicher Satz)!

T: hm also der dritte Einbruch ist ja gekommen durch seine also durch Scheidung beziehungsweise durch die Ehe überhaupt wo er einen großen Einbruch gehabt hat wo er einfach mit der Ehe gar nicht klargekommen ist; und nach der Wende: er ist so ein typisches Wendeopfer in meinen Augen auch,

I: hm

T: ja dem zwar das Geld dann gereicht hat aber durch die intensive Arbeit und und den den Leistungsdruck: dem hat er einfach nicht richtig standgehalten auch; er hat eine kleine Familie gehabt in der er sich aufgehoben gefühlt hat in der er seine Bekannten und seine Geschäfte hat machen können und das hat er mit einem Schlag alles verloren; und mittlerweile herrschen ja in der DDR noch schlimmere Zustände als bei uns also der Kapitalismus hat da richtig durchgeschlagen und damit ist er einfach nicht klargekommen!

I: hm

T: er ist überzeugter Kommunist in seinem Herzen! - - -

I: hm welche Beeinträchtigungen hat er gehabt durch die Krankheit also so negative Auswirkungen vom Alkohol?

T: so durch den Alkohol bedingt meinst Du?

I: hm

T: hm (C überlegt einen Moment) also was am Auffälligsten ist bei ihm halt seine starke Rückzugstendenz!

I: hm

T: dass er sich massiv halt sozial isoliert hat; und für ihn ist es ja durch die Arbeitslosigkeit bedingt dadurch dass er äh ja: irgendwie keinen Sinn mehr in seinem Leben gesehen hat dadurch hat er verstärkt dann getrunken und dadurch ist der Teufelskreis so richtig in Gang gekommen, und die Vereinsamung auch einfach immer größer geworden auch; andere Auswirkungen weiß ich jetzt gar nicht.

I: ok was hat sich Deiner Meinung nach durch die Therapie verändert?

T: hm ja offener: er ist wesentlich offener geworden, aufgeschlossener, er kann aktiv: ja oder nein sagen jetzt wenn er, vor allem nein sagen, das konnte er vorher ja überhaupt nicht er hat alles mitgetragen und akzeptiert und er kann auf Leute aktiv zugehen das gefällt mir auch ganz gut; er kann wirklich einen Kontakt anbahnen von sich aus also was er vorher überhaupt nicht gekonnt hat.

I: hm

T: also seine Krankheit beziehungsweise hat sich sehr positiv entwickelt seine Abstinenz zum Beispiel ich bin ziemlich: überzeugt dass er langfristig abstinent bleiben kann und was sich bei ihm ganz besonders gut entwickelt hat ist dass er äh mehr Kontakte: eingeht und viel mehr Kontakte, viel offener ist aufgeschlossener ist und dass er im Prinzip auch einsieht dass er körperlich eben nicht: mehr so leistungsfähig vielleicht ist wie er früher einmal war, ja er hat immer gedacht; er ist jetzt knapp fünfzig; und er hat scherzhafterweise immer gesagt dass er das Leistungsvermögen eines Fünfundzwanzigjährigen hat und jetzt kann er mehr: akzeptieren dass er viele körperliche Beschwerden hat und kann dem auch Rechnung tragen, das ist ein riesen Schritt für ihn; und dass er eben manchmal Stimmungsschwankungen hat damit kann er auch ganz gut umgehen die akzeptiert er auch, zumindest hat er es vorher ignoriert.

I: wie wird wohl die Zukunft aussehen vom *Bernd?

T: also ich glaube eher dass er länger unten in der WG bleiben wird weil ihm das im Haus ganz gut gefällt jetzt mit seinen neuen Wohnkollegen mit denen er unten zusammenwohnt und ich kann mir vorstellen dass er sich da ganz gut einrichten kann mit; dass der Gedanke so mit Wohnung also in seinem Kopf immer wieder ist aber wie ich ihn so kenne vom Rehanzentrum von der Entwicklung so her braucht er oft recht lange bis er dann wirklich daran etwas ändert oder auch ändern will; also er richtet sich ganz gerne ein und genießt die Sicherheit das ist ihm ganz wichtig; er kennt uns jetzt relativ gut und die Kollegen miteinander in der WG, akzeptiert er auch, sagt er auch immer wieder, freut sich auch über jeden Kontakt den wir ihm anbieten und das nutzt er ganz intensiv und ich glaube dort bleibt er auch.

I: ok danke.

Interview D

D = interviewte Person

I = Interviewer

I: fangen Sie einfach einmal an!

D: also geboren bin ich in *Hamburg in *St. Georg *1953

I: hm

D: und aufgewachsen bin ich na ja so eine Art Vorort weil wir jedes Jahr umgezogen sind weil also mein Vater durch seinen Beruf der musste jedes Jahr woanders hin und da mussten wir dann auch die Schule jedes Jahr wechseln und dadurch hatte ich mich also dadurch tat ich mir schwer mitzukommen in der Schule und - - - na ja erst später dann also mit einundzwanzig habe ich dann die (Versprecher) erste Mal geheiratet, aus der ersten Ehe da gehen keine Kinder hervor ich war ja dann sieben Jahre verheiratet war auch: Alkoholiker und durch habe ich auch damals mit angefangen mit dem Trinken, so begann dann meine Trinkzeit; na ja und dann ich war sieben Jahre verheiratet wir hatten gute Zeiten und auch nicht so gute Zeiten wie das halt so ist in Ehen und dann hatte ich mich scheiden lassen von ihm,

I: hm

D: und dann war ich zwei Jahre nicht ganz zwei Jahre alleine, dann habe ich das zweite Mal geheiratet und aus dieser also Ehe gingen drei Kinder hervor, aber er war halt auch Alkoholiker und durch das bin ich immer dann tiefer hineingekommen in den Alkohol und ich bin auch nicht mehr herausgekommen: gut es war einmal ein Jahr dabei in dem ich trocken war weil ich zu mir selbst gesagt habe `*Bettina jetzt ist Schluss!` weil meine Schwester mich ein paar Mal also mit mir gesprochen hat `*Bettina so kannst Du nicht weitermachen!` und dann habe ich gesagt `gut *Gerlinde ich versuche es!` und ich habe: es versucht; ich bin aus dem Haus nicht mehr heraus also: weil ich mich nicht mehr herausgetraut habe auf Deutsch gesagt weil ich gewusst habe wenn: ich hinausgehe dann hole ich mir wieder Alkohol - - na ja und das ist drei Tage gutgegangen und ich bin also fast / und dann war ich nachher ein Jahr trocken nach einem Jahr habe ich dann halt wieder angefangen also durch meine zweite Ehe dann weil der war auch ein Alkoholiker; ja ich war einfach nur mit Alkoholikern verheiratet, durch das habe ich mir schwer getan dass ich halt auch herauskomme, ich wollte: immer

aufhören aber ich konnte es einfach nicht, zudem bin ich dann auch immer tiefer hineingeraten durch mein Unfall dann auch mit meinem Bein,

I: was haben Sie da für einen Unfall gehabt?

D: da habe ich doch äh Oberschenkelhalsbruch gehabt da bin ich bei uns auf dem Hof ausgerutscht nachts und hingefallen und dann hat mich mein Mann damals zwei Tage liegen lassen zu Hause das war halt für mich auch eine harte Zeit, ich habe auf Deutsch gesagt na ja ich wusste es nicht auszuhalten, bis mich meine Schwester besucht hat weil ich konnte dann weder ans Telefon noch sonst wohin; da sagte sie `ja *Bettina was ist denn bei Dir los? hier schaut es aus: das kenne ich nicht!` und `du bist doch sonst immer so sauber gewesen!` dann sage ich `ja *Gerlinde ich ich liege seit zwei Tagen hier!` habe ich gesagt ich komme nicht aus dem Bett heraus; sagte sie `ja was ist denn passiert?` dann sage ich `ja ich bin im Hof draußen umgefallen! ich bin zwar noch ins Haus hineingekommen und ins Bett aber weiter nicht mehr!` und dann war ich da die zwei Tage drinnen gelegen; und die hat halt dann den Krankenwagen angerufen und die haben mich geholt und der hat mich dann auch schon gefragt `ja sagen Sie einmal wie lange liegen denn Sie schon hier?` dann sage ich `ja zwei Tage!` - - und das hat mich halt damals auch heftig mitgenommen weil sich da keiner um mich gekümmert hat weder meine Kinder noch mein Mann,

I: hm

D: das heißt wenn damals meine Schwester nicht gekommen wäre ich weiß nicht wie lange ich noch gelegen wäre - - und seitdem habe ich einen guten Kontakt zu meiner Schwester das ist die einzige Person mit der ich noch einen guten Kontakt habe; auch zu meiner Tochter zur Zeit wieder ein bisschen die ruft ab und zu einmal an da war auch lange der Kontakt abgerissen, zu meinen Söhnen habe ich überhaupt keinen Kontakt mehr die wollen auch von mir nichts mehr wissen.

I: hm

D: sagen wir einmal es ist für mich hart: und ich denke auch viel darüber nach; - - - ja und halt damals das Problem mit meinem Vater das ich auch erzählt habe dass er mich als Kind missbraucht hat das war natürlich auch hart meiner Mutter konnte ich es nicht erzählen und das habe ich dann halt jahrelang mit mir herumgezogen: ich sage ja der ist dauernd noch gekommen da war ich schon verheiratet wäre er noch gekommen, und dann habe ich ihn hinausgeschmissen: habe ihm gesagt `lass` mich in Ruhe!` das waren halt damals lauter so Dinge die ich dann durch den Alkohol wollte ich das alles unterdrücken, ich wollte davon nichts mehr wissen!

I: hm

D: ich sage ja es war halt eine schlimme Zeit, und die würde ich jetzt auch nicht mehr mitmachen - - - .

I: was fällt Ihnen noch ein wie sich jetzt Ihr Leben durch die Krankheit verändert hat was fällt Ihnen noch ein?

D: na ja wir haben auch schöne Zeiten gehabt abgesehen davon, ich habe mich mit meinen Eltern gut verstanden mit meiner Mutter also mit der habe ich mich ganz gut verstanden, weil (es folgt ein unverständlicher Satz) als ich sie einmal besucht habe und die halt immer für mich da war das war für mich halt auch schön, dadurch bin ich vielleicht auch wieder stärker hineingekommen in den Alkohol,

I: wie meinen Sie das?

D: als meine Mutter dann nicht mehr da war!

I: ach so als sie nicht: mehr da war!

D: hm das hat mich dann; ich war das erste halbe Jahr ich habe sie halt einfach total vermisst weil ich sage ja es ist kein Tag vergangen an dem ich meine Mutter nicht besucht habe

I: hm wie alt waren Sie denn da?

D: wie alt war ich denn da: da war ich schon verheiratet in der ersten Ehe noch; ich sage ja wenn man etwas gehabt hat oder was die hat mich immer angerufen `*Bettina ich bin besorgt!` und ich und ich bin auch immer gefahren ich sage ja wir haben ein gutes Verhältnis gehabt!

I: hm

D: und das hat mir dann halt auch gefehlt als meine Mutter eben nicht mehr da war!

I: hm

D: also zu meinem Vater da wollte ich immer Abstand haben das geht natürlich kaputt das Verhältnis wir haben uns zwar so gut verstanden aber wenn es Probleme gab; ich bin einmal zu meinem Vater gegangen oder wenn einmal selbst Probleme da waren er hat mir immer geholfen bloß so halt körperlich: habe ich Abstand von ihm genommen, ich habe mich auch von ihm nicht mehr küssen lassen wollen was er öfter einmal gemacht hat,

I: hm

D: das war mir dann irgendwie zuwider: na ja ich habe halt nie mit meiner Mutter darüber gesprochen ich konnte einfach nicht darüber reden mit ihr, ich wollte ihr nicht weh tun und wollte auch meine Eltern nicht verlieren,

I: hm

D: - - - ja und durch das: durch das dass meine Tochter immer bei meinem Mann geschlafen hat da bin ich dann wieder tiefer hineingerutscht weil da ist mir das alles wieder

hochgekommen; und dann habe ich zur *Tatjana immer gesagt `*Tatjana das gehört sich nicht dass Du bei Deinem Papa schläfst!` `warum?` sagt sie `Mama der tut mir doch nichts!`

I: hm

D: ich habe ihr das zwar nicht erklärt aber ich habe da halt irgendwie Angst: gehabt!

I: hm

D: dass das gleiche passiert halt!

I: hm

D: na ja aber die *Tatjana war gut beieinander weil mit zwölf Jahren hat die schon also es war schon etwas da: aber da sind mir die Gedanken auch schon wieder durch den Kopf gegangen - - ich konnte mit ihr nicht darüber reden mit der *Tatjana, ich konnte ihr das nicht erzählen was damals passiert ist; ich habe zwar mit meiner Schwester oft darüber gesprochen weil ihr also das gleiche passiert ist also mit ihr hat er es ja auch gemacht!

I: hm

D: mit ihr habe ich öfter darüber gesprochen; und irgendwann ist das dann einmal das Thema aus aus, wir haben dann `schau *Gerlinde darüber reden wir nicht mehr!`

I: hm

D: wir wollten auch gar nicht mehr darüber reden; - - - ich sage ja die erste Zeit in meiner Ehe ist mir der Geschlechtsverkehr ungelogen schwer gefallen mit meinem Mann weil ich dann immer die Gedanken gehabt habe

I: hm

D: waren halt immer wieder da, nach einem halben Jahr so etwa als wir dann verheiratet waren war es besser, er hat mich dann auch immer darauf angesprochen was los ist: er hat das irgendwie gemerkt!

I: hm

D: habe ich gesagt `nichts ist los!` und dann später habe ich es ihm einmal erzählt da waren wir dann fast schon ein Jahr verheiratet, und da wollte er sogar zu ihm hin und wollte ihn noch darauf ansprechen, sage ich `lass` das Thema das ist schon ewig lange her!`

I: hm

D: `vergiss` das!` ja er hat es dann nicht gemacht; - - -

I: wie lange ging diese Ehe?

D: sieben Jahre mit dem *Günther war ich damals sieben Jahre aber da sind keine Kinder hervorgegangen weil der zeugungsunfähig war; und von meinem letzten Mann habe ich dann drei!

I: hm

D: drei Kinder gehabt ein Mädchen und zwei Buben; ich sage ja ich habe mich auch mit meinen Schwiegereltern gut verstanden zwar hat es mit meinem Vater ab und zu ein bisschen Reibereien gegeben aber so habe ich mich gut mit ihnen verstanden, da hat es so nichts gegeben auch mit der Schwiegermutter nicht; - - - ich sage ja es war halt nur die scheiß Sauferi: das war das Problem bei mir, ich konnte es einfach nicht lassen; ich sage ja meine Schwester die hat oft mit mir geschimpft die hat gesagt '*Bettina hör' halt auf!' ich sage '*Gerlinde Du redest schön ich kann: es nicht:' und ich sage ja ich habe es versucht und war trocken und fange wieder: an - - ich denke mir oft 'was solls?' vielleicht war es der Kummer wieder / ich weiß es nicht: - - - das hat eigentlich nicht so ein Leid gewesen, weil von den Kindern aus gestört zu werden die wollen von mir nichts mehr wissen.

I: (es folgt ein unverständlicher Satz)

D: ja wie die Söhne halt die waren da ganz also ganz schlimm; die sind mir auf den Weg gefallen die haben mich unter aus der Wohnung gesperrt also das war für mich schon nicht leicht; die *Tatjana ist ab und zu einmal gekommen und sagte 'Mama wie geht es?' hat mich einmal gedrückt aber meine Söhn-; ich sage ja als ich im Urlaub war meine Söhne haben sich vor mir versteckt, ich war draußen wo sie wohnen; als ich bei meiner Schwester da war; also meine Tochter war dann wie ich im Urlaub war bei meiner Schwester war meine Tochter mit also bei meiner Schwester und die haben wir dann zurückgefahren und dann bin ich wieder hingefahren zu meiner

I: hm

D: die haben sich mitziehen lassen sage ich 'sind *Otto und *Thomas da?' 'Mama die sind drinnen!' aber die wollen mit Dir nicht reden!

I: hm

D: sage ich was hätte ich denn machen sollen? Ich bin zwar kurz rauf ins Haus und habe die Enkelchen gedrückt und habe seiner Schwiegermutter Grüß Gott gesagt und dann bin ich wieder gegangen! und die anderen haben sich dabei versteckt gehabt; - - ich sage ja für mich ist es hart weil es fällt mir schwer, ich denke auch oft darüber nach wenn ich in meinem Zimmer sitze dann denke ich 'ach warum musste das alles so sein?' - - - es war eine harte Zeit; und es ist auch jetzt noch eine harte Zeit für mich weil ich viel darüber nachdenke - - -.

I: kommt noch irgend etwas zur Krankheit was Ihnen einfällt zu Ihrem Leben?

D: zu meinem Alkoholismus ich sage ja da bin ich durch alle meine Ehemänner da hineingeraten weil mein erster war Alkoholiker mein zweiter Mann war dann auch Alkoholiker und ich sage ja ich konnte es dann einfach auch nicht mehr lassen ich bin dann immer tiefer hineingeraten, ich bin auch eine gewisse Zeit lang runtergekommen es war mir

alles scheißegal, ich habe in der Wohnung nicht mehr viel gemacht, ich selbst bin oft herumgelaufen den halben Tag im Schlafanzug also weil ich zu allem zu bequem war etwas zu machen, Hauptsache mein Bier war dagestanden: das war mir damals alles wichtiger als ich mir selbst!

I: hm

D: - - ich sage ja das; und ich möchte die Zeit auch nicht mehr rückgängig machen!

I: hm

D: - - - und ich sage ja das war damals das mit meinem Bein dem habe ich damals die Schuld gegeben und das war ausgerechnet ein Tag an dem ich nichts getrunken habe als ich da hingefallen bin und das war das Blöde 'hast Du wieder gesoffen gehabt?' sagte meine Schwester, sage ich 'nein Gerlinde ich war nicht betrunken!' 'wirklich nicht!' ich hätte es ihr ja auch gesagt wir haben ja oft über das Problem gesprochen, sage ich '*Gerlinde ausgerechnet da: war ich nicht betrunken als ich hingefallen bin!' da war ich einmal nüchtern: na ja aber vielleicht hat es schon sein müssen, ich sage ja (es folgt ein unverständlicher Satz); ich habe mir oft gedacht 'warum säufst Du eigentlich? muss das sein?'

I: und wie war das dann als bevor Sie hierher gekommen sind?

D: als ich in *Weiden war? Ich war ja bevor ich hierher gekommen bin ich war also fünf Jahre in der Geschlossenen in *Weiden und dann haben sie mich in die Offene verlegt da war ich dann noch eineinhalb Jahre, und von da aus bin ich dann direkt hierher, und jetzt bin ich ja schon fünfeinhalb Jahre hier: (Frau D lacht), aber ich habe mich langsam daran gewöhnt und langsam macht es auch Spaß, ich denke auch gar nicht mehr an das Rausgehen momentan also seitdem es bei mir ganz schlimm war,

I: hm

D: ich habe nachts ja überlegt abzuhausen also mit dem Gedanken habe ich ab und zu gespielt aber jetzt nicht mehr!

I: hm

D: das war das war also eine schlimme Zeit für mich: ja ich bin mir immer vorgekommen wie eingesperrt, obwohl Du hast Deine Freiheit hier Du kannst ja alles tun und lassen was Du willst aber trotzdem war ich da eingeeengt!

I: und wie ist es mit der Zukunftsplanung?

D: also wenn ich einmal herauskommen möchte dann möchte ich über die WG gehen, da habe ich auch mit der Frau Hinterhofer schon einmal darüber gesprochen wie sie hier war!

I: das ist die Betreuerin?

D: ja und die sagt 'na ja das lässt sich dann schon regeln!' aber wenn dann müsste ich in die Neumarkter Gegend oder Nürnberg weil *Würzburg das wäre ja dann wieder so weit, dass man in Neumarkt oder Nürnberg etwas finden würden!

I: also näher:

D: ja wo ich dann näher an zu Hause wäre (es folgt eine kurze unverständliche Gesprächspassage zwischen Frau D und dem Interviewer) und meine Schwester halt, also ich möchte dann halt näher an zu Hause sein dass die Strecke nicht immer so weit wäre zum Fahren!

I: hm

D: also darüber sage ich ja habe ich mit der Frau Hinterhofer schon gesprochen, sie sagt 'mal sehen was man macht!' sie hat ja vor mich ins Altersheim zu stecken!

I: sagt sie?

D: ja: hat sie gesagt neulich!

I: die Frau Zimmermann!

D: 'und wie wäre es im Altersheim? gehen Sie doch gleich ins Altersheim!' sage ich 'ja was soll ich denn mit fünfundfünfzig Jahren im Altersheim?' nein! die hat halt immer etwas zu reden: ich bin fast erschrocken (Frau D und der Interviewer lachen schallend) 'da haben Sie Ihr Essen und Ihre Ruhe und Ihr Geld und Ihre Rente!' ich bin sogar am Überlegen ob ich es nicht wirklich mache: ja: warum nicht?

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

D: na ja sagen wir einmal mein Gedächtnis hat schon ein bisschen nachgelassen äh auch durch also meine körperlich überhaupt: auch mit der Durchblutung und alles das haut alles nicht mehr so hin: Durchblutungsstörungen und Gedächtnis halt; ich habe mir immer eingebildet dass das vom Schlag auf den Kopf kommt aber ich kann mir das nicht vorstellen dass das alleine der Grund sein kann.

I: vom Schlag auf den Kopf?

D: ja: meine Tochter hat da oben drauf; und mir war auch zwei Tage schlecht aber ich bin damals nicht zum Doktor gegangen - - ich habe immer gemeint dass es von dem kommt aber das war vielleicht auch bloß eine Einbildung weil man das wahrscheinlich nicht wahrhaben wollte dass es vom Alkohol kommt - - ja früher war man so naiv: aber ich sage ja ich denke oft darüber nach ich habe ja viel Zeit, ich denke mir oft 'warum hast Du gesoffen? musste das sein?' und ich denke mir oft vielleicht hat das durch die Sorgen und das was wieder / ist und wenn wir getrunken haben dann ab und zu einmal einen mitgetrunken und dann bist Du halt

nicht mehr herausgekommen, so war es halt bei mir; (es folgt ein unverständlicher Satz) aus dem eins sind dann halt zwei und dann drei und dann mehr geworden,

I: hm

D: sogar nachts habe ich dann noch aufstehen müssen und einen Schluck trinken müssen wenn ich wach geworden bin,

I: in der Nacht?

D: ja: wenn ich oft wach geworden bin; ich habe auch immer ein Bier neben dem Bett stehen gehabt also ich konnte ohne das sage ich einmal nicht mehr sein!

I: und warum mussten Sie da etwas trinken?

D: ja weil ich so aufgewacht bin also keine Kontrolle mehr über die Hände gehabt, das wars: ich sage ja ich habe auch oft in der Früh‘ wenn ich dann Kaffee getrunken habe die Tasse mit zwei Händen festhalten müssen weil es so gar nicht gegangen wäre!

I: haben Sie so gezittert?

D: ja: also die Kontrolle meiner Hände war weg; also ich habe dann zwei drei Bier getrunken und dann bin ich ruhiger geworden, das war das dann, also es war schon schlimm also ich bin auch oft wie auf Eiern gegangen auf Deutsch gesagt als ob da Gummi drinnen wäre: also ich möchte diese Zeit nicht mehr mitmachen und jetzt fühle ich mich einigermaßen so wieder aufgepäppelt und das möchte ich nicht mehr aufs Spiel setzen dass es mir jetzt wenigstens so gut geht.

I: was hat sich denn geändert durch die Therapie?

D: oh geändert hat sich eigentlich einiges schon die Zeiteinheit: also ich kann mich wieder an die Zeiten halten was ich früher also auch nicht konnte, ja da war praktisch der Tag alles in einem an die geregelten: Zeiten sagen wir es einmal so: daran habe ich mich wieder gewöhnt, und auch an die Arbeit was man früher; ich mache auch viele Arbeiten in der Küche gern, so früher war mir das halt alles egal ‘ach Scheiß lass‘ es doch liegen!’ und heute ja bei mir im Zimmer da wenn etwas herumliegt das muss ich gleich aufräumen, das war früher alles nicht mehr da habe ich es halt einfach liegen lassen, weil mir das egal war, als es dann halt wirklich nicht mehr gegangen ist da habe ich dann halt meine Wäsche gebügelt da waren drei vier Körbe dagestanden mit Bügelwäsche also weil das Trinken einfach wichtiger war - - und bis ich dann meinen Rappel bekommen habe und das dann wieder gebügelt habe; sage ich ‘nein so kann es nicht weitergehen das wird ja immer mehr!’ - - aber ich sage ja immer die Bierflasche daneben ob es jetzt beim Putzen war oder im Bett war oder beim Fernsehen ich habe immer überall die Flasche dabei gehabt - - und das war das Thema bei mir.

I: und was hat sich so noch geändert durch die Therapie?

D: na ich bin ein bisschen ruhiger geworden was ich früher, ich konnte früher viel schreien viel schimpfen also das mache ich nie wieder, ich gehe halt Problemen ein bisschen aus dem Weg - - und bin nicht mehr so streitsüchtig; ich spreche jetzt jemanden an wenn ich ein Problem habe ich suche mir dann immer jemanden zum Reden, manchmal rede ich auch mit der *Heide die hört mir ab und zu einmal zu - - ich sage ja ich habe so Probleme habe ich momentan nicht es ist alles in Ordnung; und die Küche macht mir auch Spaß wieder was ich vorher nicht mehr hatte, ich gehe jetzt auch gerne wieder in die Küche.

I: fällt Ihnen noch etwas ein was sich noch geändert hat?

D: - - - na ja ich suche halt auch wieder mehr Kontakt zu den Leuten - - was ich nicht mehr gemacht habe, ich habe mich immer mehr zurückgezogen: das was ich zeitweise auch hier gemacht habe, das mache ich jetzt nicht mehr; wenn wir dann einmal fernsehen unterhalte ich mich wieder mehr mit den Leuten und gehe mehr unter Leute wieder; ich gehe auch einmal spazieren abends jetzt da treffe ich auch einmal eine aus dem Dorf das ist eine ältere Frau mit der unterhalte ich mich dann immer ein bisschen die spricht mich dann immer an wie es mir geht und so und ob es mir hier oben noch Spaß macht ich sage 'ja man kann es aushalten!' und dann gehe ich mit ihr meistens noch ein Stück spazieren; aber ich kann sagen also die Leute hier im Dorf die sind also schon alle sehr in Ordnung, die gehen einem nicht aus dem Weg die kennen ja unsere Probleme, es sind öfter welche da mit denen ich dann rede, auch am Friedhof wenn ich öfter zum Friedhof gehe die grüßen alle freundlich also muss ich schon sagen: und so etwas gefällt mir wenn die Leute nett sind - - und ich komme ja denen dann entgegen - - - -.

I: ich danke Ihnen.

Therapeuteninterview D

T = interviewte Person

I = Interviewer

T: hallo: hallo:

I: ok.

T: ok also ähm die *Bettina die erzählt mir eigentlich immer mehr so von der Weihnachtszeit ähm besonders so als Erlebnis aus ihrer Kindheit und sie war da circa fünf Jahre alt, hat noch zwei Geschwister noch zwei Schwestern, und ähm zu Weihnachten haben alle drei einen roten Kinderwagen geschenkt bekommen, das ist für sie ein ganz bedeutsames Erlebnis ähm kurz nach Weihnachten ist ihre Schwester tödlich verunglückt und ihr Vater hat diesen roten Kinderwagen wieder zurückgebracht, das war also für sie ein ganz ganz einschneidendes Erlebnis das hat sie mir immer und immer wieder erzählt wie das alles auch so zusammenhängt werde ich dann auch sagen; ähm mit diesen fünf Jahren erzählt sie dann auch (es folgt ein unverständlicher Satz) ich kann es nicht genau sagen fing es auf jeden Fall an dass sie von ihrem Vater missbraucht worden ist ähm sie erzählt mir das zumindest immer so in diesem Zusammenhang also zum einen der Tod der Schwester der ein ganz schlimmer Schicksalsschlag für sie war ähm beziehungsweise dann eben der Missbrauch durch ihren Vater, das hat sich durchgezogen dieser Missbrauch bis sie geheiratet hat, ich kann gar nicht genau sagen wie alt sie da war, jedenfalls hat sie mir erzählt dass sie äh schon eine eigene Wohnung hatte mit ihrem Mann zusammengewohnt hat und ihr Vater sie trotz alledem noch besucht hat äh und wollte sie auch wieder misshandeln und als sie so das allererste Mal so diesen Absprung geschafft hat und konnte den Vater aus der Tür verweisen; also sie sagt auch die / hat damit aufgehört sie hatte sich da noch einmal ganz massiv verkracht aber sie hatte dann zumindest ihre Ruhe gehabt; die Ehe: verlief nicht: gut also sie wurde auch vom ähm Ehepartner: misshandelt ähm ich glaube sechzehn Jahre lang war sie aber trotz alledem verheiratet, hat es dann endlich geschafft dass sie also geschieden wurde äh in der Zeit hat sie allerdings auch schon das Trinken angefangen sie hat mir erzählt ihr Mann hat sie zum Trinken geführt, ihr Mann hat viel getrunken und ähm weil sie eben viel unterwegs waren äh hat sie dann auch mitgetrunken; dann ist sie trotzdem noch einmal eine Ehe eingegangen die Ehe verlief ebenso unharmonisch, sie wurde geschlagen: sie sie ähm hat dann wieder Trost im

Alkohol gesucht ähm was dann wirklich auch ihr bester Freund war; ähm also konnte sich dann; das habe ich jetzt noch vergessen zu sagen sie hat auch noch drei Kinder konnte sich dann aber auch immer weniger um die Kinder kümmern und ähm die Kinder waren dann mehr oder weniger sich selbst überlassen und mit der / wie sie es erzählt reden sie gerade nicht; der einzige (Versprecher): Halt also in ihrem ganzen Leben den sie der bis heute auch noch besteht das ist ihre Schwester, zur Schwester hat sie nach wie vor sehr sehr guten Kontakt das war immer so die einzige (Versprecher) Bezugsperson die sie dann auch wirklich in allen Lagen wieder auffangen konnte; ja - - es ging dann wieder hin bis zur Scheidung - - ähm nach der Scheidung: ist sie dann in ich glaube nach *Regesbostel gekommen ins Bezirksklinikum *Regesbostel, das war alles so in der Zeit Scheidungsgeschichte und und und ähm in der Zeit äh hat sie überhaupt keinen Kontakt mehr zu den Kindern gehabt - - ähm ja und dann ist sie halt letztendlich zu uns gekommen.

I: ok, welche Beeinträchtigungen hatte die Frau *Mayer denn durch den Alkohol?

T: also massive Merkschwierigkeiten also Gedächtnisschwierigkeiten: also das hat sich jetzt wirklich die ganzen Jahre hingezogen die *Bettina ist ja schon seit sechs Jahren bei uns, und ähm man kann schon: sagen im Laufe der Zeit seitdem sie bei uns ist hat sich das ähm insofern: gebessert; nicht dass die Merkfähigkeit besser geworden ist; aber sie kann sich jetzt Hilfe suchen, zur Zeit sie hat jetzt Möglichkeiten gefunden mit dieser Vergesslichkeit umzugehen sie hat ähm also die also macht sich jetzt also für alle Sachen ähm Merkschnitzel sie hat ihre Notizhefte immer bei sich kann sich da Notizen hineinschreiben und ja: das ist für sie jetzt lebensnotwendig. - - -

I: ähm was hat sich denn durch die Therapie bei der *Bettina verändert?

T: äh dass sie wieder eine geregelte Tagesstruktur hatte was sie ja vorher überhaupt nicht mehr erfahren hat; dass sie das Vertrauen aufbauen konnte, sie wurde ja in ihrem ganzen Leben so ständig weggeworfen und hier hat sie eine Art ähm Familie wieder gefunden ähm Menschen mit denen sie reden kann die sie verstehen kann die sie verstehen können und ähm wie gesagt dass sie halt einfach mit ihren ganzen Defiziten wieder umgehen kann und sie als Mensch Menschlichkeit hat. - - -

I: und ähm noch etwas? also was sich durch die Therapie verändert hat?

T: einfach dass sie auch wieder einer Arbeit nachgehen kann einfach dass sie diese Regelmäßigkeit hat dass sie wieder einen Sinn im Leben gefunden hat.

I: wie sieht denn die Zukunft von der *Bettina aus oder wie schätzt Du das ein?

T: also ich denke selbstständig wird sie auf keinen Fall mehr leben können, sie wird immer auf Hilfe angewiesen sein alleine schon wegen ihrer Merkfähigkeitsstörung; ja das einzige

(Versprecher) was ich mir noch vorstellen kann worüber sie halt auch immer wieder einmal redet ist doch dass sie vielleicht bei der Schwester wieder ein Zuhause findet oder aber ähm durch die Schwester in jedem Fall weiter unterstützt wird aber ansonsten denke ich wird sie schon immer auf Hilfe angewiesen sein also ein selbstständiges Leben wird nicht mehr möglich sein.

I: vielen Dank.

T: bitte.

Interview E

E = interviewte Person

I = Interviewer

I: sagen Sie irgend etwas.

E: ja:

I: also mich würde einfach interessieren wie sich Ihr Leben und Ihre Krankheit entwickelt haben.

E: hm ok, ich muss sagen wie aus meinem Lebenslauf heraus hervorgeht äh war während meiner Ausbildung als Schreiner und anschließend hatte ich die Fachschulreife (Versprecher) nachgeholt und dann äh denke ich hat man den Dienst beim *Vermessungsamt angetreten; äh Alkoholkonsum war in meiner Jugendzeit soviel wie nicht: vorhanden ich hatte die ganze Zeit in der Schule in der Jugend und dann auch in der Reservemannschaft Fußball gespielt da kannst Du Dir Alkohol überhaupt gar nicht erlauben; äh nach meiner Heirat nach acht neun Jahren bemerkte ich dass mich meine Frau betrogen hat mit einem *Inder und das hatte mich aus dem Leben geworfen, da kann man sagen das war der Grund dass ich herauskam, ich hatte mich dann scheiden lassen und recht zu trinken begonnen; dann äh habe ich eine Therapie in *Hof durchgemacht und

I: wie alt waren Sie da?

E: - - - müsste ich eigentlich in meinen Unterlagen

I: ungefähr!

E: - - - da müsste man in die Unterlagen schauen das hat man bei der Therapie dort aufgeführt. - - -

I: also bei *Hof sind wir stehen geblieben

E: ja *Hof und einmal war ich in *Immenstadt in den Allgäuer Alpen; - - - das Verhältnis von meiner Ehegattin und von mir wurde an für sich dadurch äh geschädigt weil sie ein Verhältnis mit einem Nachbarn angefangen hat und mich betrogen hatte zu diesem Zeitpunkt waren schon beide Kinder auf der Welt und hatten das ebenfalls mitbekommen, und diese Begebenheit - - führte mich dazu dass ich langsam aber sicher mit dem Trinken angefangen habe, - - als der Arbeitgeber *Vermessungsamt in *Ingolstadt dies bemerkte riet er mir eine Therapie an die ich in *Hof absolvierte; äh drei vier Jahre später hatte ich nochmals eine

Therapie in *Würzburg - - ich konnte einfach das sehr schlecht überwinden - - dass mich die Frau betrogen hat und endlich bin ich momentan nach den Therapien die ich durchgemacht habe die haben mir geholfen dass ich über die das ganze Familiendilemma mich beruhigt habe. - - -

I: welche Beeinträchtigungen: haben Sie denn durch Ihre Krankheit gehabt?

E: ja - - - anscheinend hatte ich - - auch während der aus- äh so war es auch beim *Vermessungsamt in der Mittagspause Bier getrunken anstatt richtig zu essen und das hatte der Vorsteher mitbekommen und hat danach sofort äh die Maßnahme der Therapie eingeleitet, ich habe das dann hernach gesehen hat mir auch geholfen aber trotzdem nicht ganz weggekommen sonst wäre keine zweite dritte Therapie notwendig gewesen; - - ich hoffe die jetzige Therapie wird abgeschlossen dass ich meinen Ruhestand ohne Alkohol bis zu meinem Lebensende durchstehen kann.

I: was hat sich denn hier verändert auf Therapie?

E: - - - ja die Arbeitsbelastung war nicht mehr gegeben ich war schon im Ruhestand und da war ein Dok auf die auf das Verhältnis wegen dem Verhältnis: äh meines äh Ehestandes, der hat sich sehr zu Herzen genommen und - - das ist jetzt alles vorbei das Haus ist schuldenfrei, darum hoffe: ich noch etliche Jahre ohne Alkohol: in Ruhe und Frieden gesund leben zu können; hoffentlich habe ich nie mehr einen Rückfall das wäre das Schlimmste das mir passieren könnte weil ich es den Kindern versprochen habe ich werde nicht mehr zu trinken anfangen und so - - solange Gott will normal leben kann ohne Alkohol.

I: und wie stellen Sie sich Ihre Zukunft vor?

E: ja ich bin im Ruhestand, ich bin in der Partei: tätig ich war schon in der Jungen Union und wenn Parteiveranstaltungen sind da nehme ich Teil; be- selbst bediene mich mit den Tageszeitungen also Politik bin interessiert, sportlich betätigen und Alkohol meiden.

I: was fällt Ihnen sonst noch so ein so aus Ihrem Leben?

E: - - ja schon alleine wegen den Kindern: möchte ich dass ich den Abstand vom Alkohol leichter durchstehe damit ich denen kein schlechtes Beispiel mehr gebe äh wegen der äh Alkoholtrinkerei und ich möchte meine Kinder nicht enttäuschen müssen dabei:

I: hm

E: dass sie mir; ich habe es ihnen versprochen und wenn ich das Versprechen wieder brechen würde würde ich / vor den Kindern stehen und die würden mir kein Vertrauen mehr entgegenbringen.

I: können Sie vielleicht noch ein bisschen etwas darüber erzählen wie Sie aufgewachsen sind?

E: ja ich bin in *Marktsteft geboren als fünftes Kind ja fünftes und letztes Kind, meine Eltern - - - waren am / hatte ich in einer Schreinerei gelernt anschließend in *Rottendorf bei der *Schmidt-Firma, da hatte ich die Holzteile und und äh zum Beispiel auch die Tresen Verkaufsstand äh herzustellen weil ja in diesen Verkaufsständen auch ein Kühlapparat drinnen war dass das Fassbier gekühlt worden ist; und dann bin ich 1964 in den Bundesgrenzschutz eingetreten da war ich acht Jahre lang und das hat mir sehr gut gefallen nach acht Jahren hätte noch eine Verlängerung auf zwölf Jahre möglich sein können aber das wollte ich nicht dass nicht äh zu hoch ins Alter hineinkomme weil ich ja anschließend eine Veränderung meines Berufslebens vorhatte, ich war dann zwei Jahre im *Vermessungsamt in *Ingolstadt zur Ausbildung des mittleren Verwaltungsdienstes und dabei habe ich gesehen dass auch dort äh mit der Mittleren Reife der Zugang zum gehobenen Dienst möglich war, ich habe mich hingesetzt die Einstellungsprüfung für den gehobenen Dienst gemacht und bestanden und war anschließend im *Vermessungsamt *Ingolstadt ein Jahr Schüler äh Praktikum machen müssen und anschließend die dreijährige Ausbildung in den gehobenen Dienst, alles ist gelaufen und gelaufen nach Wunsch bis dann die der eheliche Seitensprung von meiner Frau bekannt geworden ist und dann war mein Leben sehr zerrissen und da habe ich zu trinken angefangen, das eben Gesagte entspricht den Tatsachen.

I: ok danke schön!

E: leicht war es nicht:

I: danke!

Therapeuteninterview E

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: ok also erzähle doch einfach einmal wie sich das Leben und die Krankheit vom *Albert entwickelt hat.

T: also der *Albert: der hat zwei Kinder war verheiratet ähm der *Albert ist ein sehr ehrgeiziger Mensch das heißt in seinem Leben hat sich eigentlich alles um seine Arbeit gedreht, ich glaube die Familie stand bei ihm schon immer eher hinten an ähm für ihn war; also ich kann es nur so sagen wie ich es aus seinen Erzählungen kenne, ähm Arbeit stand immer an erster Stelle Familie an zweiter Stelle, er hat sich einiges aufgebaut während der Zeit es ging bis hin dass er *Vermessungsbeamter machen konnte ähm was für ihn sehr sehr wichtig war was er wirklich auch ausgelebt hat; ähm über seine Sucht: erzählt er relativ wenig also er bagatellisiert das alles ziemlich für ihn besteht die Sucht eigentlich in dem Sinne überhaupt nicht; ich kann Dir vielleicht mehr erzählen was ich von seiner Tochter so weiß immer im Vergleich zu dem was Dir der *Albert erzählt hat; ähm der *Albert beschreibt auch seine Familie also dass immer alles gut war die haben sich alle gut verstanden, es gab nie ein böses Wort ok es war dann halt dazwischen die Scheidung und natürlich war die Frau daran schuld also so ist das aus *Alberts Sicht, ähm ihm wurden die beiden Kinder zugesprochen er war sehr aufopfernd und hat alles für seine Kinder getan ähm - - ja vom Trinken haben wir eigentlich nie oder kam relativ wenig, seine Tochter erzählt mir das jetzt ganz anders sie sagt ähm wir haben eigentlich nie etwas von ihrem (Versprecher) Vater gehabt ähm ihrem Vater war eigentlich immer die Arbeit wichtiger ihrem Vater war immer das Trinken: wichtiger er ist auf viele Feierlichkeiten auf viele Versammlungen und was es da alles gab und hat für sich wohl immer viel getrunken ja? und die Kinder ähm wurden immer sehr sehr streng: erzogen also es hat wenig Liebe gegeben also mehr Strenge es musste alles pariert ablaufen um so nach außen hin so diesen Schein zu wahren so nach außen hin musste immer die heile Familie sein, die Tochter erzählt mir es war dann so schlimm für sie dass sie schon mit sechzehn Jahren das Elternhaus verlassen hat weil sie es einfach nicht mehr ausgehalten hat und sie hat diese ganze Zeit also als unwahrscheinlich schlimm empfunden ähm sie konnte sich auf den Vater nicht verlassen und die Versprechungen die der Vater ihnen auch gegeben hat dass der

Vater eben auch etwas mit der Familie unternimmt wurden nie eingehalten, er war eigentlich ein richtiger Egoist hat sie einmal gesagt, es hat sich immer alles nur um ihn gedreht aber sie: mussten halt einfach nur funktionieren; ähm wenn man beim *Albert ein bisschen etwas nachfragt erzählt er dann schon was er in der Arbeit; in der Arbeit wurde dann schon das eine oder andere Mal aufgefordert weniger zu trinken ähm was er dann natürlich überhaupt nicht verstehen konnte aber er das dann trotzdem angenommen hat er erzählt dann auch dass ihn wohl das eine oder andere Mal dann die Ärzte ihn aufgefordert haben weniger zu trinken, es ging dann soweit bis es dann bis er wirklich dann ähm ins Krankenhaus kam eine Therapie zugesagt hat und letztendlich dann bei uns auch gelandet ist, also das ist jetzt nur in ganz groben Zügen.

I: welche Beeinträchtigungen hat der *Albert denn durch seine Krankheit?

T: also bei ihm ist wirklich gar nicht mehr viel ähm Merkfähigkeitsstörung also er kann sich wirklich fast gar nichts merken, also das Kurzzeitgedächtnis ist absolut beeinträchtigt ähm eine angehende Demenz ist bei ihm ja das ist es eigentlich so im Groben.

I: was hat sich denn bei ihm durch die Therapie verändert?

T: als der *Albert hierher gekommen ist ist mir aufgefallen ähm er war oftmals sehr müde antriebsarm ähm konnte sich eigentlich für nichts so richtig begeistern ähm - - konnte sich sehr sehr wenig merken, hat mit sich eigentlich ähm genügend selbst zu tun also das Tiefste war dass er sich absolut isoliert in sein Zimmer verkriecht und mit niemandem etwas zu tun hat, und jetzt mittlerweile erlebe ich den *Albert eigentlich relativ offen als sehr lustig als sehr lebensfroh - - ähm er nimmt wieder Teil am Leben: die ganzen gesundheitlichen ähm wie soll ich sagen also am Anfang war ihm ganz oft auch schwindelig und es waren alles solche Sachen damit er sich eben wieder ins Zimmer verziehen kann, aber solche Sachen kommen halt jetzt ganz ganz selten eigentlich kaum noch; er geht wieder aus sich heraus er äh ähm - - kann sich natürlich nach wie vor wenig merken aber ähm - - ja gut aber er geht halt im Großen und Ganzen jetzt ganz anders damit um.

I: wie sieht denn die Zukunft oder wie schätzt Du die Zukunft ein vom *Albert?

T: also für den *Albert ist es noch nach wie vor so, der *Albert sagt er möchte irgendwann einmal wieder nach Hause, er hat ein eigenes Haus und ähm er möchte auf jeden Fall dieses Haus wieder bewohnen bloß ähm also er wird nie wieder selbstständig wohnen können er ist immer auf Hilfe anderer angewiesen, und also ich denke von dem Rahmen wird es nicht: möglich sein; es kann natürlich sein dass er was weiß ich wenn er wieder selbstständig oder wenn er wieder in sein Haus zieht dass er halt dann externe Hilfe in Anspruch nehmen muss.

I: ok ich danke Dir.

Interview F

F = interviewte Person

I = Interviewer

I: jetzt geht es los!

F: also aufgewachsen bin ich in *Ingolstadt - - geboren bin ich am *10. 05. 1955 in *Ingolstadt das ist bei *München, und ich habe 1973 das Arbeiten angefangen und habe da auch schon mit dem Alkohol zu tun gehabt aber nicht so schlimm,

I: was haben Sie da gehabt?

F: da hat das mit dem Alkohol schon angefangen,

I: ach da hat das schon angefangen.

F: ja aber nicht so nicht so nicht so krass Du weißt schon also schon die / noch gehalten und 1984 habe ich geheiratet - - habe drei Kinder also vier Kinder habe ich der *Otto war damals acht Jahre alt und 97 98 war die Scheidung das war die erste Scheidung, und da habe ich mich natürlich außergewöhnlich zugehörnt also da habe ich schon Etliches getrunken gehabt und dann habe ich meine ganzen Ersparnisse praktisch was ich gehabt habe alles auf den Putz gehauen und dann bin ich zum Alkoholiker gegangen (Versprecher) dann hat die *Maria gesagt 'ja wenn Du weiterhin so säufst dann lasse ich mich scheiden!' dann habe ich gesagt 'gut ok das ist gar kein Problem!' und dann habe ich das gemacht.

I: zu wem sind Sie da gegangen?

F: da bin ich zum ähm da war ich bei einem solchen da war ich im BKH *Weiden,

I: aha!

F: und der hat zu mir gesagt 'Herr Müller ja Sie haben ganz schön etwas in sich!' 'ja!' sage ich, sagt er 'ja das artet ganz schön aus!' dann habe ich die Arbeit auch noch verloren; dann wollte ich mir das Leben nehmen, habe meinen guten Job verloren als Kranführer, da war keiner und (es folgt ein unverständlicher Satz) und 81 habe ich eine kennen gelernt das war eine Alkoholikerin ich habe gedacht dass wir es zu zweit schaffen dass sie nichts mehr trinkt ich habe zu ihr gehalten mit der Sauferei und mit der ist es zwei Jahre gut gegangen das hat alles gepasst - - neu geheiratet wieder, das zweite Mal verheiratet gewesen keine Kinder Gott sei Dank: da sind wir beide untergegangen, wenn wir Kinder auch noch gehabt hätten /// das packe ich nicht: ja und so im Großen und Ganzen habe ich dann eine kennen gelernt aus der

Tschechei das war vor zwei Jahren und am 21. Dezember habe ich mich so zugehörnt 2005 2006 und da habe ich dann schon Etliches in mir gehabt dann hat sie auch noch gefragt 'geht es noch?' dann habe ich sie zusammengeschlagen am Tag zuvor noch, sagt er 'Fritz du musst ausziehen du musst fort!' dann bin ich zum Fahrer habe dem Fahrer erzählt die ganze Geschichte hatte ziemlich etwas getrunken gehabt also ziemlich 3,8 oder 4,2 Promille oder was ich gehabt habe, und da hat mich das BKH nach München geschickt da war ich dann drinnen drei Monate oder vier Monate dann haben sie gesagt 'gehen Sie ins Reha-Zentrum ziehen Sie ins Reha-Zentrum!' ich soll mir das anschauen, dann war ich dort, und das hat mir das erste Mal als ich da war denke ich mir 'Kruzifix noch einmal, das ist eine Sache für sich selbst! na ja probierst Du es halt einmal wie lange es gut und wie weit sie kommen!' habe ich auch nicht und auf der Straße wollte ich auch nicht leben, und bei der / bringt es auch nichts und dann habe ich gesagt das probiere ich jetzt: und - - ich bin jetzt da ein gutes Jahr und bin auch froh dass ich da bin und ich muss sagen das hat mir schon viel gebracht, ich bin ein Jahr trocken, das gefällt mir am allerbesten und dass ich wieder hinaus komme irgendwann einmal das weiß ich noch nicht aber es besteht die Zeit dass ich wieder einmal hinauskomme und dass ich dann nichts mehr trinke habe ich mir geschworen und ich hoffe dass es so bleibt und das war es eigentlich; hast Du es?

I: fällt Ihnen noch etwas ein von Ihrem Leben also was die Krankheit dazu beigetragen hat?

F: also was interessant ist wie es aufgegangen ist, also das Aufgehen war die Sache ich habe keinen Rat mehr gewusst also bei mir ist praktisch so gegangen dass ich nicht mehr gewusst habe frühs was für eine Zeit vergangen war und dadurch dass ich hierher gekommen bin nach *Weiden ins Reha-Zentrum das hat mir schon viel geholfen also muss ich schon sagen, und aber wie gesagt die Aussetzer habe ich schon noch aber die kommen irgendwie spekulieren oder etwas aber so schlimm ist es nicht mehr wie ich es gehabt habe also und auch die Morddrohungen also die Suizidgefährdung das mache ich auch nicht mehr weil das ist auch nicht das Wahre: - - -

I: welche welche Beeinträchtigungen haben Sie denn gehabt durch den Alkohol?

F: äh Beeinträchtigungen sagen wir einmal so ich habe ja praktisch nicht mehr gewusst was los ist Du weißt schon: ich habe mich ja so zugehört gehabt dass ich nicht mehr wusste wann der nächste Tag war Du weißt schon: ich habe ja nichts mehr gefrühstückt, ich habe mir eine Flasche Schnaps gepackt neben dem Bett und die Tragerl (Dialekt: Kiste) Bier haben sich jede Woche gestapelt und gestapelt und gestapelt und sind jede Woche mehr geworden, ich habe jeden Tag ein Tragerl (Dialekt: Kiste) Bier und eine Flasche Schnaps gekippt und das jeden Tag: und irgendwann habe ich gesagt 'jetzt ist Ruhe, ich kann nicht mehr!'

I: hm

F: ich habe nicht spucken können oder sonst irgend etwas bei mir ist das alles drinnen geblieben ich habe mir ja nichts irgendwie Gutes gemacht Du weißt schon (es folgt ein unverständlicher Satz), mir hat das Geld nicht mehr gereicht dann bin ich fort: ich habe das Geld das ich gehabt habe alles Restliche das ich gehabt habe versoffen, ich habe meinen Arbeitslohn den ich gehabt habe und die paar Ersparnisse versoffen gehabt, das habe ich früher nicht gehabt: da habe ich auch schon gesoffen aber nicht so viel: wie die letzte Zeit ja?

I: hm

F: Jugendzeit haben wir einmal mit sechzehn angefangen praktisch, da habe ich meinen Kranführerschein gemacht und bin Kran gefahren und da habe ich ja nichts trinken dürfen weil da brauchst Du ja die Übersicht die ganze Zeit lang, da habe ich nichts getrunken gehabt da bin ich nur am Freitag auf die Nacht nach Hause gekommen am Samstag habe ich mich zugedröhnt und am Sonntag habe ich ausgeschlafen und am Montag habe ich wieder angefangen, ich habe die ganze Woche nichts getrunken: bloß am Wochenende da ist dann; wenn ich Urlaub gehabt habe da wir ich dann fort: als ich Urlaub gehabt habe bin ich einmal auf die / gefahren - - und das war recht schön: das war ein schöner Urlaub für mich weil wir sind ja nie fort gewesen, und das war 1977 da habe ich glaube ich vierzehn Tage Urlaub gehabt und ich habe gesagt ich bleibe gleich vier Wochen unten also dann habe ich den Chef angerufen 'ich habe das Flugzeug verpasst' (Herr F und der Interviewer lachen schallend); ja: sage ich 'ich habe das Flugzeug verpasst!' sagt er 'es hilft nichts!' sage ich 'ich komme erst in vierzehn Tagen zurück!' dann war ich vier Wochen da unten das hat er mir geglaubt: da habe ich zwar einen Haufen Geld ausgegeben das ist schon wahr: so war es nicht: aber nicht dass ich jetzt da irgendwie ausgeflippt wäre oder dass ich mich direkt; nein mit welchem Ziel? ganz normal: ja und dann habe ich angefangen mit der Sauferei und das heißt ich habe dann geheiratet / ich habe mich zusammengerissen ich habe überhaupt nichts getrunken da war ich fünf sechs Jahre trocken überhaupt keinen Alkohol: - - und dann ist es schon langsam wieder ist das langsam wieder gekommen; ich habe den Kran nicht mehr aufstellen dürfen weil da habe ich damals schon Probleme gehabt, dann ist der Chef gekommen und sagt 'bei Dir oben stinkt es so im Kran was ist denn mit Dir los?' (es folgt ein unverständlicher Satz) sage ich '*Dieter ich weiß: es nicht was passiert ist ich kann es Dir nicht sagen ich weiß nicht was los ist!' ja und dann ist die Feuerwehr gekommen und die Polizei und der Notarzt und was weiß ich (es folgt ein unverständlicher Satz), der Chef (es folgt eine unverständliche Passage) bis zur Spitze da habe ich mich hingesetzt damals (es folgt ein unverständlicher Satz) da habe ich

mich hingesetzt und gesagt 'jetzt springe ich hinunter: ich habe keinen Bock mehr: die Schnauze voll!'

I: aber wann war das?

F: das war 93!

I: 93!

F: 93!

I: ja.

F: ja und dann hat er gesagt 'möchtest Du raus? zurück gehst Du sowieso nicht mit!' dann habe ich gesagt 'ich gehe alleine vor!' und da habe ich 4,2 Promille oder so gehabt - - ich habe oben auf dem Kran gesoffen und dort eine Flasche ausgepackt so eine Dreiliterflasche und meine Thermoskanne Kaffee und die habe ich gemischt mit Cola und Kaffee und habe oben gesoffen und da kommt der hoch und sagt 'ja bei Dir oben stinkt es ja!' sagt er 'Du hast eine Alkoholvergiftung!' sage ich 'ich habe gar keine mir fehlt überhaupt nichts ich bin kerngesund!' der hat sich hingesetzt 'ich brauche frische Luft!' (Herr F lacht schallend) 'ich brauche frische Luft!' 'ja so kannst Du nicht arbeiten Du bist doch verheiratet, da siehst Du dass die Polizei kommt, da unten haben sie es aufgebaut so ein Spring- so eine Matratze da!' - - sagt er 'ja: da ist ein Doktor dabei so ein Psychologe:'

I: hm

F: oder was das war vom BKH einer; sagt er 'Zehntmüller gehen Sie zurück: das bringt ja nichts wenn Sie springen wenn die Sie auffangen das bringt ja gar nichts!' (es folgt ein unverständlicher Satz)'muss das sein?' frage ich, sagt er 'Du musst nicht mit, wenn es Dir Spaß macht dann bleibe halt hier sitzen!' dann ist er hinunter, das hat zwei Stunden gedauert das hat drei Stunden gedauert ich bin nicht hinuntergegangen ums Verrecken nicht: dann ist es ein bisschen frisch geworden dann bin ich zurück - - - ins Polizeiauto hinein dann haben sie mich abgeführt von der Baustelle - - dann war ich sechs Wochen dort drinnen also knappe sechs Wochen, habe einen Entzug gemacht, was habe ich gemacht? ich habe meinen Ausgang gehabt nach den sechs Wochen, habe eine Tankstelle gesehen bin in die Tankstelle hinein und saufe mich wieder so zu und das hat meine Frau auch mitbekommen, sagt sie '*Fred hör' auf damit!' sonst lässt sie sich scheiden; hm, und das war es jetzt; eine Chance habe ich noch und das wird die letzte sein oder die vorletzte ich weiß es nicht,

I: hm

F: ich habe halt nicht aufgehört ums Verrecken nicht: 1998 war sie dann halt weg dann war ich fertig mit der Welt!

I: 98?

F: 98 war das also da war sie fix und fertig, ich habe seitdem keinen Kontakt mehr gehabt und nichts bis auf die Scheidung; dann habe ich so eine Partnerin erwischt / die wohnte zu Hause die Miete war zu teuer; ich habe auch gearbeitet noch bei derselben Firma - - zur Arbeit nicht mehr gegangen später zur Arbeit ich habe keinen Bock: mehr gehabt ich habe gesagt 'ich mache jetzt was ich will das ist mir egal:' im August - - 1999, 98, 99, die Zeit; sagt der Chef zu mir '*Fred!' sagt er er schreibt mir die fristlose Kündigung, sage ich 'darauf habe ich schon gewartet dass die irgendwann einmal kommt!'

I: hm

F: sagt er 'durch Deine Sauferei!' sagt er 'wenn Du nicht aufhörst!' sagt er 'muss ich Dich entlassen!' sagt er 'weil wenn etwas passiert dann ist der Teufel los!' sage ich 'das verstehe ich ja! für mich ja kein Problem!' - - aufgehört habe ich nicht: mit der Sauferei ich habe immer weitergemacht und weitergemacht bis wieder einmal im / war, dann habe ich gesagt 'jetzt ist es vorbei: jetzt habe ich die Schnauze voll, jetzt mag ich nicht mehr jetzt fange ich ein neues Leben an!' und probiert habe ich es auch; dann habe ich eine kennen gelernt die hat gesoffen ich habe gesoffen, ich mich kurz angepasst das hat wunderbar gepasst; dann hat sie gesagt 'ich mag nicht mehr!' sage ich das Geld das wir gebraucht haben das hätten wir uns auch sparen können verstehst Du? Miete zahlt sie zurück einen Teil der Miete gehabt zu zahlen - - ich habe immer geschaut dass ich ein bisschen schwarz gearbeitet habe nebenbei noch und habe ein schönes Geld verdient; mir ist es nicht schlecht gegangen aber durch die blöde Sauferei habe ich das Ganze praktisch versaut – und wie gesagt ich bin froh dass ich hier gelandet bin und dass Ihr mir geholfen habt da bin ich Euch wirklich herzlich dankbar auch mit also mit so etwas habe ich nicht gerechnet dass es das überhaupt gibt!

I: hm

F: dass es so eine Reha überhaupt gibt so ein Rehazentrum so für Alkoholiker oder für Drogenabsüchtige (Versprecher) - - also ich habe damit keine Probleme ich habe auch gesagt 'wenn Ihr mir helfen könnt dann helft mir!' und ich bin jetzt ein Jahr ein halbes Jahr dass ich da bin und das hat wunderbar geklappt; also ich kann nicht mehr sagen dazu zu der ganzen Geschichte, aber mit der blöden Sauferei das hat sich allerdings erledigt, ich hoffe dass es dabei bleibt weiterhin, aber wie gesagt es ist halt nicht leicht weil man das so vom Herunterkommen jetzt geschafft hat aber im Großen und Ganzen also teu teu teu: auch für die - - -; und ob das die Anna ist ist ob das Stefan ist oder ob das der Chef ist oder sonst jemand also teu teu teu muss ich sagen also was die geleistet haben: und was die für die Patienten mitmachen müssen so wenn hier jemand einen Scheiß baut oder was und die sind immer da wenn Du etwas brauchst, wenn Du irgend etwas nicht weißt kannst Du sie fragen und

bekommst immer eine Antwort also das finde ich gut: (es folgt ein unverständlicher Satz)
keine Ahnung: wie gesagt ich möchte das Beste machen aus meinem Leben und saufen werde
ich nichts mehr: das habe ich mir geschworen.

I: was hat sich denn verändert seitdem Sie auf Therapie sind?

F: also geändert hat die das praktisch dass ich die Freiheit nicht mehr so habe wie ich sie
gehabt habe: verstehst Du was ich meine?

I: hm

F: und das Leben geht auch weiter: also ich muss sagen das passt: das finde ich echt gut: also
so dass Du sagst 'jetzt acht Tage bist Du jetzt einmal zu Hause.' Du kannst jederzeit nach
Hause das ist ja kein Problem: Du schreibst einen Antrag und dann Du kannst jederzeit nach
Hause fahren: das ist ja gar kein Problem: - - aber ich sehe es halt; das sind die Therapien da
kannst Du nichts machen da musst Du durch: wenn jetzt einer dabei ist der da nicht mitzieht
dann hat er Pech gehabt!

I: hm, und was hat sich bei Ihnen geändert seitdem Sie hier sind?

F: ja so gut mit der Schreiberei zum Beispiel ich habe Probleme gehabt mit der Schreiberei:
das klappt jetzt einwandfrei: ich kann zwar noch nicht schön schreiben das ist ja egal:
Hauptsache ich kann meine Buchstaben wieder so stabilisieren dass ich sagen kann ich kann
meinen Namen wieder ordentlich schreiben verstehst Du? den habe ich am Schluss ja gar
nicht mehr schreiben können: ich war ja total fertig aber ich muss auch so durch verstehst Du?
ich habe ja die nicht gebraucht (es folgt ein unverständlicher Satz); ich muss sagen seitdem
dass ich jetzt hier bin auch mit der Anna und kein Problem oder was - - oder mit denen da
oder was, ich sage ja das ist wunderbar gelaufen das läuft alles auf seinen Hinterfüßen
verstehst Du? und ich war froh dass ich hier gelandet bin, ich weiß ja nicht was sonst wäre!

I: hm

F: gefühlsmäßig oder vielleicht auf der Straße ich weiß es nicht:

I: wie sieht denn dann die Zukunftsplanung aus langfristig für Sie?

F: na ja meine Zukunftsplanung ist so ich will ja wieder selbstständig sein das muss ich
momentan zwar; dass das wieder einmal geht das wäre mein Wunsch echt: weil - - (es folgt
ein unverständlicher Satz) es kommt halt von den Jahren her im Alter wird es halt auch so
und; aber wie gesagt mein Leben das möchte ich so gestalten dass ich jetzt noch hierbleiben
kann das Jahr vielleicht das nächste Jahr noch bis zum Mai oder was dass ich zwei Jahre
hinter mir habe und da das Haus verlasse und meine eigene Wohnung wieder bekomme und
dass ich neu anfangen kann das wäre vielleicht mein Wunsch aber es steht in den Sternen

geschrieben ich weiß es nicht, also mehr kann ich dazu nicht sagen weil ich nicht weiß wie äh wie es ist vom Erhören.

(es folgt ein kurzer Wortwechsel zwischen Herrn F und dem Interviewer, der unwesentlich für das Transkript ist). Hat es gepasst?

I: ja danke schön.

Therapeuteninterview F

T = interviewte Person

I = Interviewer

T: ja also der *Fred ähm hat mir vordergründig eigentlich erzählt ähm dass er zwei Mal verheiratet war, und in seiner ersten Ehe oder aus seiner ersten Ehe hat er äh drei Töchter die Ehe selbst die verlief so wie er erzählt eigentlich schon relativ gut: bis zu dem Zeitpunkt; also ich muss dazu sagen ich glaube sechzehn Jahre war er verheiratet; und auf jeden Fall musste seine Frau wohl fremdgegangen sein und das war dann für ihn auch gleichzeitig so der Punkt an dem er wirklich massiv das Trinken angefangen hat, das war so der Punkt ähm ja an dem er sich aus dem er überhaupt nicht mehr herausgefunden hat und an der er sagt wie er zur Sucht gekommen ist, allerdings - - es ist so ein bisschen hin und her weil in einem anderen Gespräch hat mir der *Fred dann einmal erzählt dass er bereits seit dem sechzehnten Lebensjahr trinkt also das ist alles nicht so richtig stimmig, ich kann jetzt auch nicht mehr ganz genau sagen wie war es jetzt wirklich wie stimmt es jetzt überein? und er war dann wohl noch einmal ähm verheiratet aber ich bekomme das glaube ich jetzt gar nicht so recht zusammen ähm ist jetzt da die Frau auch wieder verstorben oder ist die verstorben oder ist die fremdgegangen ich kann es jetzt gar nicht genau sagen, ist jetzt glaube ich dafür nicht so wichtig: ähm auf jeden Fall Kontakt zu diesen zu diesen drei Kindern besteht nicht: mehr - - äh letztes Jahr zu Weihnachten hat er noch einmal ganz ganz arg den Wunsch geäußert er möchte diesen Kontakt zu den Kindern wieder haben, als dann aber äh auch letztes Jahr so ziemlich zur selben Zeit dann seine Frau hierher angerufen hat ähm war der *Fred absolut durch den Wind und wollte auf einmal gar keinen Kontakt mehr haben, hat gehofft dass ähm dass bloß: seine Kinder auch nicht mehr melden was für mich dann auch alles wieder ein bisschen undurchsichtig war, alles also irgendwie alles recht verwirrend; seine Alkoholsucht beschreibt er jetzt wieder äh es war einmal mehr es war einmal weniger, er sagt er hat Zeiten gehabt also in denen er dann wirklich seinen Schnaps da getrunken hat, ähm ich glaube er hat sogar einmal erzählt von einem Rausch in dem er um die 4,0 hatte, ähm ja das zog sich halt so durch aber ich kann jetzt auch keine genauen Zahlen sagen.

I: welche Auswirkungen hatte er denn gehabt?

T: also ganz starke kognitive Defizite, Merkfähigkeit ist absolut eingeschränkt, ich denke das ist so vordergründig!

I: was hat sich denn durch die Therapie verändert dann?

T: ähm er sagt er hat sich noch nie so wohl gefühlt wie hier also er hat gesagt er hat noch niemals so eine so eine so einen beschützten Rahmen oder überhaupt so einen Rahmen ähm kennen lernen dürfen in dem er sich einfach fallen lassen darf in dem er ähm einfach geschützt und aufgehoben ist in dem einfach einmal für ihn gesorgt wird,

I: hm

T: also er hat vorher immer so ein Kämpferleben gehabt musste sich überall durchbeißen und hier wird für ihn gesorgt und das ist für ihn unwahrscheinlich gut; er hat auch gesagt er möchte so lange hier bleiben wie es nur geht, er ist einer der wenigen der das so äußert, er will hier bleiben, für ihn ist es jetzt schon eine Art Zuhause ja.

I: ok danke.

Interview G

G = interviewte Person

I = Interviewer

I: erzählen Sie einfach einmal!

G: ich bin der *Christian *Müller ich bin am *10. *04. *1952 in *Montabauer geboren und ich bin aufgewachsen in *Nürnberg in einer eigentlich ja gut situierten Familie kann man sagen, ich habe noch einen Bruder eine Schwester also familiär hat es da nichts gegeben bis auf dass mein Vater äh frühzeitig gestorben ist und dann hat meine Mutter also allein erziehend - - das nicht mehr so mit mir so in die Reihe gebracht also ich habe meine Grenzen gesetzt bekommen aber ich habe sie ja immer wieder durchbrochen ja? das war für mich weiter kein Problem; und ich bin dann so ganz normal also in die Volksschule in die Volksschule gegangen acht Jahre, habe dann - - ja eine Lehre als Starkstromelektroniker gemacht habe die abgeschlossen dann habe ich äh danach bei verschiedenen Firmen gearbeitet also ich habe nie in meinem Leben kontinuierlich gearbeitet das waren immer nur so ein bis zwei Jahre und eben durch mein ja Suchtverhalten, herangekommen durch meine Chorkameraden durch meine Schulkameraden und äh also ich bin schon relativ früh als Jugendlicher mit vierzehn Jahren mit Alkohol konfrontiert worden das heißt äh ich bin da mit denen ich gelernt habe und im Schlossgarten habe ich dann auch Hippies kennen gelernt, dann habe ich auch äh andere Drogen genommen weil ich neugierig war und das hat mich fasziniert und mir ging es auch gut dabei die ersten Jahre, also wenn ich da konsumiert habe ich habe also sämtliche Drogen die es gibt / Morphinum LSD Chrystel Amphetamine Barbiturate und ich war fast immer breit und ich war in eine Scene-Kneipe in einer amerikanischen Kneipe und da ist auch äh das Ganze gelaufen also mit Rauschgift und so und das war kein Problem also an das Zeug heranzukommen und ähm ich habe das gemacht weil es meine Freunde auch gemacht haben und mir ging es noch gut dabei bis eben ich habe dann ja äh mitunter Trouble gehabt mit meiner Mutter und mit der Polizei und so weiter und das hat sich so wie ein roter Faden bis in die achtziger Jahre also äh durchgezogen; dabei muss ich sagen da habe ich dann 1974 das erste Mal eine Therapie gemacht in einer psychosomatischen Fachklinik in Friedrichsdorf im Taunus und dann wurde mir erst einmal also vermittelt dass ich also süchtig also Alkoholiker bin äh ja Polytoxikomane weil ich halt alles genommen habe, ich habe aber

dann also nach der Therapie hatte ich ja kurzzeitig Beziehungen zu Frauen immer nur kurzzeitig und war damals in Frankfurt mit einer zusammen und die Beziehung also da bin ich dann an sich blöd nach der Therapie bin wieder nach *Nürnberg habe da ja eine Lebens- also meine damalige Lebensgefährtin kennen gelernt und mit der war ich längere Zeit zusammen mit der habe ich auch äh ein Kind zusammen die hatte dann 1986 einen tödlichen Unfall und in der Zeit hatte ich also nur noch gelegentlich also mitunter nur harte Drogen genommen aber ich habe schon also exzessiv Alkohol gesoffen kann man sagen ja: und meine Räusche gehabt und äh ja ich arbeite ich war halt einfach drauf ich weiß auch nicht wieso äh ich habe es immer wieder probiert einmal eine Zeit lang das zu schaffen habe es aber nie geschafft also ich bin immer wieder auf das alte Gleis gefahren und äh dann 1980 habe ich dann meine langjährige zweieinhalbjährige Haftstrafe bekommen wegen Rauschgift und so weiter und Beschaffungskriminalität und ähm habe dann ab dem Zeitpunkt also von 81 Ende 81 bis Anfang 81 bin ich entlassen worden (Logikfehler) keine harten Drogen mehr genommen bin aber dann schwerpunktmäßig ab dem Zeitpunkt war ja auch meine Freundin die Beziehung ging auseinander durch den ganzen Knatsch und ich war dann alleine bin dann nach *Erlangen gezogen und ja äh dann habe ich mich mit / eingelassen und dann war die Sauferei angesagt und ähm ja dann hat es nicht lange gedauert dann habe ich die Wohnung verloren und ich habe dann noch einmal eine Therapie gemacht und insgesamt habe ich in meinem Leben so ja vier fünf Therapien gemacht; und jetzt bin ich also seit 2000 in sozialtherapeutischen Einrichtungen in Reha-Einrichtungen das heißt also die erste Rehaeinrichtung war Friedrichshausen die erste und die zweite dann Wohnheim da war ich dann zweimal und äh da war ich auch längere Zeit so auch trocken: ich habe es immer einmal geschafft ein: Jahr das höchste war zwei Jahre einmal trocken zu sein und zur Zeit bin ich also ja ein gutes Jahr trocken und weil ich dann im Anschluss von dieser äh Therapie im Wohnheim ins betreute Wohnen bin und äh da ist einmal in der Woche so eine Sozialpädagogin gekommen und da nachgefragt ob alles in Ordnung ist aber ich habe dann weil ich eine Beziehung mit einer Frau eingegangen bin auch meine Beziehung äh ja ich habe Probleme gehabt äh wie das habe ich nicht so ganz verarbeitet die Trennung und alles, und wie das zusammen äh ja wie das / hat das war also für mich emotional nicht ganz ein- ja äh nicht ganz so einfach und da habe ich dann obwohl ich da eingebunden war in eine Tagesstruktur ich war im Modellbau und habe das Modelle Synagogen gebaut und äh von Montag bis Freitag und das Wochenende habe ich aber für mich gehabt und dann habe ich aber ja leichtsinnigerweise na da weil ich es nicht gepackt habe äh ja mal meine Räusche gehabt; und bin aber dann im Anschluss dann also ich habe es verheimlicht es ist nicht

herausgekommen am Anfang dann am Schluss dem Ende zu ist das ausgemacht worden weil das ist klar ich meine wenn man drauf ist fällt das auf und ja dann habe ich mich noch einmal bin ich noch einmal ins Bezirksklinikum *Würzburg und von da aus ähm bin ich dann nach *Eberdorf und habe mich also entschlossen noch einmal so eine Therapie zu machen eine längerfristige Therapie und ich habe hier meinen strukturierten Tagesablauf ich bin in der Gärtnerei das gefällt mir ganz gut; oder so äh das Wetter ist zur Zeit auch recht schön und äh das macht mir Spaß und ähm auch sonst also kann ich mit meiner Zeit etwas anfangen und ähm ich habe vor also wenn ich jetzt dann noch eine Zeit lang hier bin das hängt davon ab äh wie weit die Beurteilung dann ausfällt hier weil ich vom Richter ich hatte ja eine Gerichtsverhandlung die Auflage bekommen habe äh nicht ohne Konsens von meinem Betreuer die Einrichtung zu verlassen und äh der kommt immer mein Betreuer der war schon zweimal da und ich verstehe mich mit ihm eigentlich recht gut und äh das nächste Mal wenn er kommt im August macht machen wir konkret aus das ist schon ausgemacht mit dem Leiter hier also mit meinem Bezugsgruppenleiter und ähm das ist alles schon besprochen dass es dann konkret gemacht wird und so gehe ich eins nach dem anderen an und von da aus will ich dann in ein betreutes Einzelwohnen, und dann will ich meine Struktur also aufbauen das heißt entweder Volkshochschule oder ähm einen Job also ich bin erwerbsunfähig ich kann noch vierhundert Euro dazuverdienen dass ich so einen Halbtagesjob bekomme,

I: hm

G: und ja das ist also meine Zielvorstellung meine Zukunftsperspektive dass meine Bedürfnisse ich befriedigen kann auf ehrliche Weise äh also legal und ja das war es im Großen und Ganzen; und ich äh ja dass ich meine Bedürfnisse einfach ausleben kann die und die ich habe und Interessen die ich habe auch realisieren kann: ich fahre gerne Ski und alles mögliche und ja das möchte ich gerne machen wenn das alles klappt, das war es tschüss!

I: ok danke, zwei drei Nachfrage hätte ich, welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol ähm gehabt? also welche Folgen hat der gehabt für Sie, zum Beispiel körperlich oder seelisch?

G: ja durch die äh durch die Rausche also ähm ja habe ich Angstzustände bekommen ja? ich habe also dann eine Alkoholunverträglichkeit bekommen also ich habe gar keinen Alkohol mehr vertragen ich habe nicht mehr dieses Erleichterungsgefühl bekommen wie ich es am Anfang hatte und dass ich da etwas habe sondern ich habe da /// als wenn man total verwirrt ist ja?

I: hm

G: und dann kam es eben auch dazu solche Anlässe wie zum Beispiel das mit der Partnerin ja?

I: hm

G: und so Sachen sind dann abgelaufen ja? und deswegen weiß ich auch ich habe eine Alkoholunverträglichkeit jetzt trinkt man nichts mehr das stürzt mich nur wieder in eine neue Krise: und äh da habe ich nichts davon habe ich überhaupt keinen keinen ja keinen Lustgewinn: wenn ich ich empfinde keine Lust mehr dabei und nichts mehr das ist mehr Frusttrinken ja? - - -

I: fällt Ihnen noch etwas ein an Beeinträchtigungen?

G: an Beeinträchtigungen ja ja im Moment muss ich sagen geht es mir wieder gut ja?

I: hm

G: also im Großen und Ganzen funktioniere ich wieder ja? bis eben ja: ich habe einen Herzinfarkt gehabt muss ein bisschen aufpassen bin sechzig Prozent körper- also schwerbehindert wegen wegen äh /// und solche Sachen also das ähm da muss ich ein bisschen vorsichtig sein ja? also mit mit mit äh ja mit - - körperlicher Anstrengung und so und äh ich darf mich da nicht verausgaben ja? weil das merke ich dann schon ja? aber so im Großen und Ganzen geht es mir jetzt wieder gut ja?

I: was hat sich denn durch die Therapie verändert?

G: - - ja durch die Therapie hier habe ich jetzt erst einmal einen Abstand zu der Krankheit also zu dieser Krankheit mit den Drogen halt,

I: hm

G: und da war ich ja auch längere Zeit trocken aber die Rückfälle da am Schluss haben ja dazu geführt dass ich noch einmal hierher bin, und dass ich das aufarbeiten konnte dass es mir jetzt ja: dass dann natürlich sehr viel den Bach hinuntergelaufen ist durch diese äh Anzeigen der Schaffnerin also äh mit dieser Gerichtsverhandlung da habe ich dann Bewährung bekommen äh vier Monate Bewährung auf drei Jahre ja? da ist natürlich schon wieder also Schaden entstanden auch finanziell aber den das ist alles noch überschaubar und ähm da bin ich dabei das zu klären das abzuzahlen ja?

I: hm

G: um das wieder ins Reine zu bekommen!

I: hm

G: und ähm also ich denke das kann ich bewältigen und dann sehe ich auch zuversichtlich in die Zukunft ja? also damit kann ich leben.

I: noch etwas das sich durch die Therapien verändert hat?

G: äh durch die Therapie: also da ich ja in Therapie bin: ja? habe ich ja eine ähnliche Struktur schon gehabt wie ich trocken war hat das auch gut funktioniert, aber durch die emotionale Krise da mit mit mit Gefühlen und solchen Sorgen ja mit Frau und mit Egoismus von mir oder was also ich das war alles zuviel und ja das jetzt bin ich gerade erst wieder konfrontiert worden mit so einer Situation und da habe ich gemerkt dass ich da nicht so einfach mit umgehen kann ja? dass ich da schon irgendwie auch verletzlich bin und äh dass ich das nicht so leicht wegstecken kann, und äh das habe ich aber jetzt mittlerweile also als meine Vergangenheit akzeptiert und ich habe das abgelegt ja? ich denke da kaum noch dran also und wenn dann anders also so von einem neutralen Standpunkt aus ja? also das berührt mich nicht mehr so; - -

I: ok vielen Dank!

Therapeuteninterview G

T=Interviewte Person

I= Interviewer

I: Wie hat sich das Leben und die Krankheit des Herrn G entwickelt. Erzählt doch mal

T: also, soviel ich weiß, ist Herr G. in einer ganz normalen Familie aufgewachsen, er hatte Mutter und Vater, ich glaube keiner von beiden hat getrunken -- seine Mutter lebt auch heute noch und es besteht ein guter Kontakt, vor allem hilft sie auch mal bei finanziellen Problemen.

I: hm

T: ansonsten hat der Herr G eine Lehre gemacht als Starkstromelektriker und hat dann in der Jugendzeit und so die Zeit bis 30 viel mit illegalen Drogen zu tun, er hatte auch Heroin genommen und ansonsten alles was es auf dem Markt so gab, obwohl er schon viel Therapieerfahrung hatte gibt er eher wenig Preis von sich, er hatte wohl ein ziemliche Szeneleben mitgemacht, hat auch gedealt um sich seinen Eigenbedarf leisten zu können und äh -- ja also und dann kam es zu einer längeren Beziehung während der er sich etwas zurückgehalten hatte mit Drogen - - er hat eine gemeinsame Tochter mit seiner Frau und dann ging die Beziehung in die Brüche aber über die Umstände weiß ich kaum was, vermutlich und so wie ich den Herr G einschätze hat da der Konsum ähm.. schon auch so seinen Beitrag geleistet, und wie gesagt, also danach hat dann mehr der Alkohol also ich meine danach hat er dann vermehrt zum Alkoholtrinken angefangen, das ging dann bis zur letzten Therapie als er in der Außenwohngruppe war und dort dann ein Verhältnis mit einer Putzfrau anfing, das war dann ne zeitlang heimlich und irgendwann ist es auseinander gegangen und er ist ausgerastet, hat nen heftigen Rückfall gebaut und dadurch kam das dann auf, was schließlich zur Entlassung führte und dadurch kam er zu uns.

I: hm

T: seine Exfrau war wohl ziemlich oder is ziemlich gebildet und das fällt mir bei ihm auch auf, er ist einer der wenigen, der viel liest und er sich auch gerne versucht gehoben auszudrücken, aber so richtig verstehen tut er manches dann doch nicht und das is auffällig, er

ist sehr auf der kognitiven Ebene unterwegs ---- er ist sehr weit weg von direkten Gefühlen ich habe ihn nur sehr selten mal direkt und authentisch erlebt, also er umschreibt einfach sehr gerne und schwebt so ein bisschen auf eine Wolke vor sich her, aber so von seinem Lebenslauf her ist er phasenweise schon sehr krass unterwegs gewesen, er hatte auch Zeiten in denen er auf der Straße gelebt hat!

T: hm

I: und ich denke schon, dass ihn die Sache mit seiner Frau, also die Trennung damals sehr nachgegangen ist, er hat über die Tochter noch einen gewissen Kontakt mit ihr, also ich glaube sie waren an einigen Erprobungstagen zu dritt unterwegs, und da ist er schon immer ganz Stolz, wenn er wieder kommt und zumindest für einige Tage „Papa“ war.

I: Welche Beeinträchtigungen hat er durch die Krankheit ?

T: also bei ihm liegen ganz deutliche hirnorganische Veränderungen vor, er ist einfach extrem langsam, die Geschwindigkeit der Denkvorgänge ist deutlich ja manchmal richtig offensichtlich verlangsamt, das merkt man in Gesprächen, er ist dann immer sehr weitschweifig und es dauert bis er seine Sachen rausbringt, dabei ist das Gedächtnis noch einigermaßen o.k. aber was so Flexibilität angeht, da ist er schon ganz schön beeinträchtigt, ich glaube auch, dass das für die Tochter ganz schön heftig ist, weil das wird sie auch merken--- naja und ansonsten ist die Belastbarkeit nicht mehr so hoch, er musste die Arbeit auf dem Pferdehof abbrechen, weil er überfordert war und das ist nicht so einfach zu akzeptieren....ähm also er hatte damals zwar gesagt, dass er das hinnehmen muss wenn man „einen solchen Lebensstil führt, dass da Folgeerscheinungen da sind“ aber ich glaube dass ihn das schon wurmt----

I: Was hat sich durch die Therapie verändert?

T: also das ist bei ihm schwer zu sagen -- Auf mich wirkt er so wie wenn er insgesamt zufriedener ist. Er hat sein Zimmer, seine Musik kann arbeiten hat einen Rhythmus und das allein tut ihm sichtlich gut. Also ein Wachstum an innerer Stabilität, die kognitiven Dinge sind glaube ich auch etwas besser geworden im Rahmen einer möglichen Entwicklung, er ist nicht mehr ganz so weitschweifig, was super ist und das hat er mit eigenem Engagement geschafft, dass er den Kontakt zur Tochter wiederhergestellt hat, das ist echt ein toller Erfolg

I: Wie sieht die Zukunftsplanung aus?

T: er muss ja noch ne Zeitlang hier bleiben weil er Therapie statt Strafe hat, also er hat da im Moment ne Schaffnerin angemacht die ihn beim Schwarzfahren erwischte hat und auch noch ne Geschichte wegen Diebstahl oder Sachbeschädigung, und da muss er auf der Gemeinde auch Stunden machen.

I: Stunden machen?

T: also so gemeinnützige Arbeit, aber das außerhalb der Therapiezeit für so 2 Stunden die Woche, naja und wenn er das abgeleistet hat wird er wohl noch mal einen Versuch starten über ne betreute Wohnform einen weiteren Schritt in die selbständige Lebensführung zu machen, ob er es schafft, keine Ahnung, es wird halt schwer, vor allem was die sozialen Kontakte angeht.

Interview H

H = interviewte Person

I = Interviewer

I: und möglichst da hineinsprechen; ok, dann erzählen Sie einfach einmal wie sich Ihr Leben und Ihre Sucht entwickelt hat.

H: na ja es war einfach so ich bin im Ruhrgebiet zur Welt gekommen und ganz normal zur Schule gegangen und war ein so genanntes Schlüsselkind so das heißt also ja bin also den ganzen Tag draußen herumgefeigt ja? ziemlich frei; habe eine Schwester die drei Jahre jünger ist als ich; und in der Schule und so da war alles in Ordnung, bin zur Realschule gegangen; ja und dann ist meine Mutter gestorben da war ich zehn Jahre alt ja? und dann bin ich zu meinem Vater ins Saarland gezogen äh und zu meiner Stiefmutter und das war natürlich dann da bin ich dann äh in der Freiheit total eingeschränkt gewesen so weil die eben so so ein bisschen high-society-mäßig drauf waren so und das war total krass ja? das war für mich ein psychischer Knax schon ja? mit fünfzehn habe ich dann die normale Hauptschule verlassen bin von der Realschule wieder runter ja? die normale Hauptschule verlassen so und dann habe ich eine Lehre als *Maurer angefangen da war alles normal da war ich das erste Mal aus diesem Knast praktisch draußen ja? also das erste Mal von zu Hause weg wieder ja? und das erste Mal wieder Freiheit und so ja und da habe ich mit dem Alkohol angefangen so also da hat es mich einfach irgendwie zu den Pennern da hingezogen ja? und mit denen bin ich auch herumgezogen; ja und dann aus *Saarbrücken abgehauen da hatte ich dann meine Lehrstelle verloren auch na ja und dann bin ich ins Erziehungsheim gekommen ja? für schwer Erziehbare so und das war also wirklich wie ein Jugendknast war das, und da war ich da war ich nicht lange ich bin dann von einem Heim ins andere weil ich überall abgehauen bin ja? bis ich in *Stuttgart gelandet bin, und in *Stuttgart war ich relativ frei vor allem weil ich einen Job gefunden habe so als Tagelöhner in einer Brauerei ja? na ja und so da gibt es ja auch viel Bier ja? und da habe ich dann auch das Kiffen angefangen ja? und das Kiffen das war für mich die Möglichkeit äh äh na ja es hat halt gepasst ja? also ich habe da irgendwie dann zwanzig Jahre lang praktisch den Alkohol und das Kiffen ausgeglichen ja? habe es als Gegengift genommen praktisch ja? und hin und her so; na ja und gejobbt halt ja? also eine Ausbildung habe ich noch einmal angefangen als *Heizungsinstallateur habe ich aber auch

geschmissen, mit achtzehn weil ich mit achtzehn auf die Idee gekommen bin wieder ins Ruhrgebiet zurückzugehen zu meiner Verwandtschaft aber weil mir meine Kumpels gefehlt haben bin ich wieder zurück; na ja und wie gesagt gejobbt ja? und dann ist Knast dazwischengekommen, ich habe dann halt Einbrüche gemacht Serieneinbrüche, habe dann das erste Mal siebenundzwanzig Monate am Stück machen müssen und habe auch meine erste Alkoholtherapie da angefangen, die habe ich abgebrochen äh weil meine Freundin mit mir Schluss gemacht hat nach zwei Monaten also weil sie nicht mehr warten wollte weil ich im Knast war oder auf Therapie war ja? und das war für mich ein Grund dann abzubrechen sofort ja? na ja und dann bin ich im Knast gelandet so und man kann sagen weil ich schon erwachsen war es war ein Erwachsenenknast so da war ich der Jüngste so von zwölfhundert Knackis ja?

I: hm

H: na ja und da musste ich mich natürlich durchsetzen das habe ich mit dem Kopf gemacht und mit meiner frechen Klappe ja? ja; na ja und dann habe ich Knast da gemacht und dann bin ich herausgekommen und - - - na ja also dann habe ich mir einen Job gesucht - - habe wieder Jobs gesucht und so ging das eigentlich zwanzig Jahre lang bis ich dann irgendwann einmal; also Knast zwischendurch immer wieder; ja und und Schlägereien und und was weiß ich alles, es war einfach ständig Action pausenlos ja? eine Beziehung nach der anderen - - //// das war echt der Hammer; na ja und dann bin ich irgendwann habe mich dann entschlossen habe achtzehn Monate im Knast abgesessen wegen nein zwanzig Monate waren das wegen räuberischer Erpressung in minderschwerem Fall ja? da habe ich eben die Monate abgesessen so // na ja - - und dann habe ich im Knast so das Age kennen gelernt ja? und äh da war auch keine Sucht: da also es war irgendwie halt nicht so dass ich das jetzt gebraucht hätte oder so, ja und durch Zufall habe ich dann noch einen Zellenkollegen gehabt der hochgradig ein Junkee war und so, und dann haben wir pausenlos diese Gespräche gehabt so ja? und sind immer wieder darauf gekommen; na ja und ich habe dem dann versprochen weil ich weiß nicht der ist mir so vorgekommen wie ein kleiner Bruder der war zehn Jahre jünger als ich und ich habe auf ihn aufgepasst im Knast dann,

I: hm

H: ich habe dem versprochen dass ich ihm etwas hereinkommen lasse ja? dann habe ich siebenhundert Mark oder was Entlassungsgeld gehabt und habe dafür nur dafür: Age gekauft ja? aber der Mann der es hineinbringen sollte der hat plötzlich Angst bekommen und äh ja dann saß ich mit dem Zeug da ja? - - dann habe ich zum ersten Mal gespritzt so, ja und das ging aber nur so eine Woche oder was dann habe ich die ganze Kohle durchgebracht und habe

sogar noch irgendwie Geld organisiert so, und dann na ja war ich auf jeden Fall am Ende so da habe ich keine Wohnung mehr gehabt gar nichts mehr ja? nur noch eine Tasche und das Entlassungsschreiben und sonst nichts mehr und dann habe ich mich in den Zug gesetzt und bin nach Bayern äh weil ich da einen Kumpel gehabt habe ja? - - und so bin ich nach Bamberg gekommen so, dann habe ich in Bamberg gejobbt so / so Tagelöhner und so habe auch einen guten Job erwischt aber dann habe ich den ersten Gichtanfall gehabt so morgens in der Früh ja? und dann musste ich da aufhören also musste ich nicht aufhören aber die haben mich dann sofort hinausgeschmissen weil die gedacht haben ich bluffe ja? ja und dann habe ich die Straßenzeitung kennen gelernt und so und /// Schreiben das war zwanzig Jahre lang habe ich so etwas gesucht und eine Möglichkeit da irgendwie alles herauszulassen und damit es mir gut geht und so, also dann bin ich halt eingestiegen ja? und das Verkaufen das ist mir am Anfang noch nicht so leicht gelaufen also ich habe es nicht gekonnt die Leute anquatschen - - na ja aber dann war ich wieder gezwungen irgendwie Zeit herumbzubringen das wollte ich ja auch nicht ja? dann habe ich eine kennen gelernt die hat mir dann Methadon gegeben das ist so amphetaminmäßig und da habe ich unheimlich gut quatschen können ja? und da habe ich einen dermaßen großen Erfolg gehabt beim Verkaufen von der Zeitung was ich dann gleichzeitig probiert habe noch einmal,

I: hm

H: dass ich dann dabei hängengeblieben bin dass sich also mein Hängeschild praktisch aufgebaut hat ja? vor allem war da auch ein Idealismus dahinter - - - anfangs; na ja und dann hat sich das mehr oder weniger eingebürgert bis zu zehn Jahren also das hat sich schon eingebürgert, allerdings bin ich dann also im ersten Jahr habe ich noch Schwierigkeiten gehabt überhaupt etwas zum Kiffen aufzutreiben in Bamberg ist das erst nach einem Jahr der Fall gewesen, und da habe ich innerhalb von drei oder vier Monaten praktisch so viel Vertrauen auf der Szene gehabt dass die Leute sogar bei mir gekauft haben also ging es dann drunter und drüber ja? und mit dem Verkauf von den Zeitungen und mit dem Verkauf von dem Speed habe ich quasi mein eigenes Dings finanziert ja? also ich bin dann auf Age gekommen mit Speed habe ich angefangen so der ist ausgegangen und dann bin ich auf Age gekommen; na ja und so ging das halt ab so bis ich irgendwann einen Einbruch gemacht habe wieder und dann wieder in den Knast gekommen bin und in die Forensik und das habe ich aber noch nicht gekannt so den / und so etwas na ja, das war dann halt eine längere Zeit da war ich vierzehn Monate bin dann aus der Forensik raus na ja und dann ging es wieder los mit der Junkeezeit also ich bin dann in Bamberg nie mehr ohne Age ausgekommen ich habe da zu viele Leute gekannt; - - na ja und jetzt ging es dann wieder Knast rein Knast raus und Age und

Alkohol und was weiß ich und irgendwann habe ich dann eine Verkaufssperre bekommen von der Zeitung und das ist der Grund weshalb ich dann hierher gekommen bin, das sagt schon alles;

I: hm

H: und beziehungsweise wie gesagt also das waren bestimmt was weiß ich wieviele Frauen ich weiß es wirklich nicht mehr, ich weiß nur dass ich da gar keine längeren Sachen angefangen habe weil ich äh gewusst habe dass es den Bach hinuntergeht solange wie ich noch drauf bin tja - - und jetzt bin ich halt hier, mehr kann ich nicht sagen eigentlich.

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol und die anderen Dinge gehabt?

H: also ich persönlich finde dass ich überhaupt keine Beeinträchtigung habe außer vielleicht körperlich gehabt hatte: aber das habe ich ja durch den Knast praktisch durch den Knast habe ich das ja wieder - - also da konnte ich ja wieder gesund werden praktisch und ich war oft im Knast also es waren zwölf Jahre wo ich insgesamt Haft hinter mir habe und fast jedes Jahr einmal irgendwie also ich habe mich da praktisch kuriert da drinnen ja?

I: hm, was hat sich denn durch die Therapien verändert?

H: - - sagen wir einmal so im Prinzip dahingehend dass es auch ohne geht - - das ist gekommen so ja? - - na ja mehr Hoffnung vielleicht - - - aber es schwankt also (es folgt eine unverständliche Aussage),

I: hm

H: dass ich eben ganz einfach weiß dass ich hier in einer Glaskugel bin und dass wenn ich rauskomme dass ich dann die ganzen Probleme wieder habe, und manchmal denke ich mir sogar dass eine Therapie negativ ist,

I: hm

H: weil ich mir denke dass ich soweit abgeschottet bin hier dass ich in die ganzen Probleme draußen gar nicht mehr einsteigen kann wenn ich nicht aufpasse ja? weil ich muss mich darauf einstellen dass ich da draußen zu kämpfen habe und das ist richtig und deswegen ist das wichtig dass ich nicht zu lange bleibe, draußen geht es ab draußen geht der Kampf ab aber nicht hier!

I: hm, wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

H: weiß ich noch nicht, Fragezeichen absolut gar nichts weiß ich da also das mit Bernau das würde ich eigentlich einschlafen lassen wollen mit der Freundin da weil das nichts ist oder wahrscheinlich nichts ist was weiß ich? - - da ist irgend etwas bei ihr jetzt die ist jetzt praktisch jetzt hat sie mich gesehen und //// mit sich selbst hat die auch Probleme und ich;

keine Ahnung; ich denke da auch nicht mehr darüber nach jetzt, ich lebe einfach weiter jetzt in der Gegenwart warte bis ich im März herauskomme und dann weitermachen, Geld machen - - also Führerschein will ich machen das ist das erste was ich draußen angreife das will ich unbedingt machen ja? den habe ich noch nie gehabt und mir ist halt jetzt in den letzten Monaten klar geworden dass ich ohne Führerschein nirgendwo hinkomme und dass es wichtig ist, das heißt ich werde meinen Kreis nicht mehr nur auf eine Stadt beschränken sondern ich werde mich praktisch noch weiter vergrößern so irgendwie also dafür brauche ich den einfach das ist meine Planung für die Zukunft mal sehen; Geld machen das Übliche halt - - ohne Kohle ohne Moos nix los; ja und wie ich das mache das weiß ich jetzt auch noch nicht weil es kommt ganz darauf an wie sich bis dahin die Arbeitsmarktpolitik bei uns verändert hat und und und, das sind verschiedene Faktoren, also ich meine ich bin es gewohnt zu schnappen was ich schnappen kann und da bin ich flexibel, also versuche ich einfach einmal irgend etwas ja? das fängt an mit dem best bezahlten Job natürlich (es folgt ein unverständlicher Satz), ich habe früher die Idee gehabt mich selbstständig zu machen ich meine vielleicht greife ich so etwas auch heute wieder einmal auf aber das ist ein weiter Weg noch und absolut unreal - - momentan ja? da kann ich wirklich nur ein Fragezeichen hinsetzen - - schauen wir einmal, keine Ahnung.

I: so ok vielen Dank!

H: mehr fällt mir momentan eigentlich nicht ein.

Therapeuteninterview H

T = Interviewte Person

I = Interviewer

I: Wie hat sich das Leben und die Krankheit von Herrn H entwickelt?

T: Herr H ist in normalen Verhältnissen aufgewachsen, jedoch ließen sich seine Eltern in jungen Jahren scheiden, er wohnte dann bei der Mutter, als diese starb musste er zum Vater, das hat nicht gut funktioniert - - er musste dann in ein Erziehungsheim / und auch da gab es Schwierigkeiten.

I: hm

T: er ist immer wieder abgehauen und musste dann auch in andere Erziehungsheime, als Jugendlicher hat er schon mit Kiffen und Alkohol angefangen / sein / Leben war geprägt durch viele Gefängnisaufenthalte wegen Schlägereien und Diebstahl und Dealerei, in den Jahren zwischen 20 und 30 spielte wohl der Alkohol eine Große Rolle und er hatte auch Entzugserscheinungen, in den letzten Jahren kamen dann auch illegale Drogen wie Heroin hinzu.

I: hm

T: er hat sich wohl immer wieder mit irgendwelchen Jobs durchgeschlagen und zeitweise auf der Straße gelebt, die letzten Jahre war er bei einer Obdachlosenzeitschrift, jedoch ist er da dann zuletzt ziemlich abgestürzt und verwahrlost – also nach Angaben seines Ansprechpartners der Zeitung zu dem er heute noch Kontakt hat - und deswegen bekam er auch eine Betreuung ---- er hat auf der Straße gelernt wie er sich über Wasser halten kann, dazu hat er vor allem Fähigkeiten entwickelt sich darzustellen und Leute von sich zu überzeugen, er kann einen also wirklich „zutexten“ und er neigt dabei sich sehr gut zu verkaufen - - er ist eigentlich überhaupt nicht dumm, er hat es im Leben vor allem nicht geschafft etwas durchzuhalten.

I: Welche Beeinträchtigungen hat Herr H durch seinen Alkoholismus und in diesem Fall auch sonstigen Drogenkonsums?

T: Herr H hat durch die Drogen und den Alkohol vermutlich auch durch sein Leben in der Szene Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Kompetenzen, was ihm vor allem fehlt ist ein Gefühl für den Gegenüber, er verliert sich oft in eigenen Gedanken und Worten, ich

würde sagen er hat starke narzisstische Persönlichkeitsanteile, es kann bei aber auch im Sinne einer frühgestörten emotional - instabilen Persönlichkeit manchmal schnell kippen, Hirnorganische Beeinträchtigungen möchte ich nicht ausschließen.

I: Was hat sich durch die Therapie verändert?

T: er ist ruhiger geworden und hat an innerer Konstanz gewonnen, auch gesundheitlich hat er sich stabilisiert, er kippt auch emotional nicht mehr so sehr.

I: Wie sieht die Zukunftsplanung von Herrn H aus?

T: er möchte in eine eignen Wohnung ziehen, seinen Führerschein machen und ein normales Leben anstreben, ob das realistisch ist, ist bei ihm schwer zu sagen, denn er verfügt schon noch über gute Ressourcen, wenn er eine Arbeit findet die ihm gefällt, dann traue ich ihm den Schritt in ein geregeltes Leben zu.

Interview I

IP = interviewte Person

I = Interviewer

I: ok fangen Sie einfach einmal an zu erzählen!

IP: ich heiße *Müller *Otto bin *1967 geboren in *Würzburg Stadtteil *Grombühl und dort bin ich aufgewachsen bis ich zwanzig Jahre alt war da bin ich dann ausgezogen in eine eigene Wohnung, angefangen hat es mit dem Alkohol dass meine Oma hat Geburtstag gehabt das war ihr fünfundsiebzigster Geburtstag und äh und da ist es losgegangen mit dem Alkohol, da haben wir ihn schluckweise immer getrunken - - und so bin ich immer mehr; dann war das schon täglich auf dem Plan und später immer zwei oder drei; als ich in die Schule gegangen bin - - - da habe ich dann in der siebten Klasse - - - da haben wir schon fröhs das Trinken angefangen vor der Schule auf dem Parkplatz im Park auf der Bank und später in den Pausen haben wir schon Bier getrunken - - - das war ganz normal für uns, - - nach der Schule sind wir dann wieder in den Park wieder ein bis zwei getrunken dann nach Hause, am Nachmittag wieder ein zwei getrunken - -; dann habe ich Fußball gespielt - - war im Verein da waren wir dann auch draußen im Stadtpark gesessen ein zwei getrunken und dann zu Hause auch wieder, bei den Versammlungen bei den Vereinsversammlungen überall; dann bin ich später mit fünfzehn zur Feuerwehr gegangen da war es gang und gäbe da ist man dann überhaupt nicht mehr weggekommen vom Alkohol da ist es immer schlimmer geworden;

I: hm

IP: dann ist die Bundeswehr später noch gekommen da habe ich schon jeden Tag meinen Vollrausch gehabt - - - da bin ich schon aufgestanden und habe ein Bier gebraucht - - bin aus dem Zittern nicht mehr herausgekommen - - - das ist ein viertel Jahr gegangen bis ich dann entlassen worden bin vom Bund - - -; dann haben sie mir zu einem Nervenarzt geraten da war noch der alte der hat dann noch unterschrieben dass ich nicht mehr dazupasse; und dann hat das angefangen täglich: Alkohol und jedesmal so - - zehn fünfzehn / in der Lehre schon auch,

I: in der Lehre?

IP: in der Lehre, zehn fünfzehn später dann zwanzig ungefähr, einen Kasten getrunken in der Clique dann noch und dann ist noch der Schnaps dazugekommen; - - - - dann war ich zum

ersten Mal bei einer Entgiftung das war - - - 1990 da war ich zur Entgiftung im Krankenhaus nach zwei Wochen entlassen worden - - - ich habe mir nichts dabei gedacht ja?

I: wobei?

IP: ja jetzt habe ich einmal zwei Wochen Pause gemacht das mache ich nicht so! als ich das erste Mal bei der Langzeittherapie war 1992 das war dann in *Sendlingen da haben sie mich in die Arbeit geschickt - - - deshalb habe ich ihnen gleich gesagt es kommt darauf an ob das freiwillig ist oder,

I: das ist klar ja!

IP: und da habe ich halt mein halbes Jahr umgezogen schon eine Zeit lang mitgegangen - - - wieder in die Arbeit gegangen - - - // das war nichts; - - dann bin ich hergegangen und habe gesagt 'also ich arbeite wieder!' haben sie mich gleich entlassen; na ja dann habe ich halt weitergetrunken,

I: also haben Sie wieder angefangen?

IP: dann habe ich weitergetrunken jahrelang; dann habe ich zwischendurch auch wieder Entgiftungen gemacht *Würzburg *Nürnberg *Bayreuth

I: hm

IP: aber das waren immer so kurze Phasen nur dann bin ich halt wieder auf meinen Spiegel gekommen; dann später Floss vier Jahre lang praktisch gemacht dort Langzeit, dann wieder Floss im Wald das war auch Langzeit - - - das war dann freiwillig - - und das hat mir mehr geholfen als die erste Therapie, da war ich dann auch drei Jahre trocken,

I: hm

IP: - - - na ja obwohl das später auch auf der Arbeit wieder angefangen hat weil ich auswärts unterwegs war,

I: was war das für eine Arbeit?

IP: äh da war ich als Bauschlosser unterwegs auf dem Dach,

I: hm

IP: na ja das war dann einmal als wir ein Ding dann bestellt haben ein Radler und der hat mir dann ein Bier gebracht, bis ich es dann gemerkt hatte war es mir auch egal!

I: hm

IP: einfach dann nach unten gepumpt!

I: hm

IP: - - - na ja und seitdem habe ich halt wieder angefangen zu trinken, zuerst wieder langsam und dann immer mehr - - zuerst drei vier Flaschen am Tag - - dann ist es schon ein halber

Kasten geworden dann ein dreiviertel, jede Woche dann, ja und nach vier fünf Wochen war ich dann schon wieder beim Kasten gehangen,

I: am Tag?

IP: am Tag: - - ja - - dann war ich auf einer Geburtstagsfeier da habe ich dann auch meinen Führerschein verloren, - - - - auch wegen Alkohol mit 3,5 Promille - - - - seitdem bin ich dann mit dem Fahrrad gefahren - - - na ja bis zum Schluss dann (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

IP: und in der Zwischenzeit war ich auch zweimal zur Entgiftung in *Würzburg - - - kurz hintereinander,

I: hm

IP: mit zwei Monaten Abstand,

I: hm

IP: - - - ja und seitdem bin ich - - -

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

IP: - - -

I: also so Auswirkungen!

IP: - - - Beeinträchtigungen: - - - - ich bin halt gesprächiger geworden ich bin irgendwie abgegangen,

I: hm

IP: ich habe das gesagt was ich sonst nicht sagen würde, da war ich auch noch ein Aggressiverer - - - - und da habe ich auch alles gesagt was mir nicht: gepasst hat!

I: hm

IP: da ist mir dann alles gekommen: - - - - mir ist alles eingefallen was ich immer gewollt habe!

I: hm haben Sie sonst noch irgendwelche Beeinträchtigungen gehabt? also schlechte: Auswirkungen durch das Trinken?

IP: na viel mit dem Gericht mit der Polizei - - - mehr Straftaten die ich normalerweise nüchtern nicht gemacht hätte! - - - -

I: hm was hat sich denn durch die Therapie verändert ?

IP: - - - - in Floss da ist mir aufgegangen welche Krankheiten der Alkohol auslösen kann da hat man alles: gelernt - - - Krebs und das ganze Zeug!

I: also wie das funktioniert!

IP: ja: und was es an Krankheiten alles gibt,

I: hm

IP: hat mich schon beeindruckt, das war sehr abschreckend!

I: hm

IP: und lehrreich!

I: hm und gibt es sonst noch etwas das sich verändert hat durch die Therapie?

IP: ich wollte mehr und / ich will den weiten Weg zum Schülercafé gehen mehr für Jugendliche da sein ohne Alkohol,

I: in *Würzburg sind Sie da?

IP: ja!

I: ach Schülercafé: heißt das nicht Schillercafé! Ah ja ok!

IP: Schülercafé, dass sie die Finger vom Alkohol lassen und erst gar nicht anfangen! da ist der Betreuer noch drinnen der mag sowieso nicht dass ich auf der Straße herumhänge,

I: hm und gibt es sonst noch etwas das sich durch die Therapie verändert hat?

IP: - - - ja dass ich nicht alles glaube!

I: hm

IP: ich werde das tun was ich will, perfekter, die Denkweise ist anders!

I: hm

IP: es ist nicht mehr so ein Leck-Mich-Am-Arsch-Gefühl nachher!

I: hm und wie sieht dann Ihre Zukunftsplanung aus? letzte Frage!

IP: na ich will eine Freundin: - - (es folgt eine unverständliche Passage), na dann will ich schauen wie lange ich hier bleibe, eine Wohnung auf jeden Fall wieder und eine Arbeit vielleicht noch zusammen mit der Freundin dass wir zusammenziehen, vielleicht heiraten vielleicht Kinder, was will man mehr?

I: hm ok vielen Dank!

Therapeuteninterview I

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: erzähle doch einmal einfach!

T: hm wie er sich entwickelt hat, also ich meine ich weiß

I: also wie sich die Krankheit: und das Leben so entwickelt hat!

T: hm, also ich halte ihn so ein bisschen dass es sich so / so / entwickelt hat also mit Kumpels im Prinzip dass Saufen-Gehen groß angesehen war dass man Ansehen: also durch seine Trinkerei bekommen hat und ich weiß dass er in so einer Jugendgang auch war hat er zweimal erzählt, wo sie dann Schlägereien angezettelt haben wo es ziemlich wild: zugegangen ist fast so mafiamäßig ist es mir ein bisschen vorgekommen wie er es erzählt hat und dass da halt je mehr: man an Drogen vertragen hat Alkohol: vertragen hat um so höher ist man in der Hierarchie aufgestiegen also ja? und das hat sicherlich ganz stark dazu beigetragen auch, sicher auch seine - - ja Schwierigkeiten die er mit seinem Stiefvater gehabt hat das hat sicherlich auch einen großen Teil dazu beigetragen dass er es heruntergeschwenkt hat seine ganzen Probleme und seine ganzen seine inneren seine Befindlichkeit einfach die hat er heruntergespült damit; - - dass das so die zwei Schwerpunkte waren warum er immer mehr getrunken hat;

I: hm

T: jetzt würde ich eher mit dem Psychologisieren wieder kommen mit innerer Haltung und so weiter (es folgt ein unverständlicher Satz);

I: na gut welche Beeinträchtigungen hat er denn gehabt durch seine Krankheit durch den Alkoholismus?

T: Beeinträchtigungen? - - ich glaube der empfindet das nicht so sehr als Beeinträchtigungen - - er also ich habe ja ein Eingangsgespräch mit ihm geführt und er hat bis zum Schluss gar nicht als großes Problem gesehen den Alkoholismus oder überhaupt als Alkoholismus das betrachtet hat, es ist halt wie ein so Jugendstreich: so kommt es mir vor, er büchst ab und zu einmal aus und macht so ein bisschen ja Gags Jugendgags so wie man als Jugendlicher einmal so pubertiert er hat also Gags gemacht er denkt sich das ist ein Spaß - - -;

I: ähm was hat sich denn durch die Therapie verändert?

T: (lacht) - - - hm - - - also ich kann nichts Wesentliches feststellen was sich verändert hat, eher so wie ich ihn halt erlebe hier dass er eher in eine solche resignative Haltung gegangen ist und er wirkt auf mich sehr verschlossen: dass er eine Phase gehabt hat in der er eher die Therapie benutzt: hat so würde ich das eher sehen benutzt um halt bei seiner Gerichtsverhandlung positiv abzuschneiden auch und als das geklärt war für ihn ist er eher in den Rückzug jetzt gegangen und versteckt sich wieder und sitzt die Zeit so ab so sehe ich das eher - - - also er hat im berauschten Zustand fahrlässig einen Wohnungsbrand verursacht, wo er Glück hatte, dass niemand ums Leben gekommen ist.

I: wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

T: - - - hm ja ihm ist seine Freundin sehr wichtig und ich schätze eher also in Bezug auf den Alkoholkonsum da glaube ich nicht wesentlich dass sich etwas ändert weil eben die Bereitschaft die Motivation nicht gegeben ist meiner Meinung nach und ich sehe die Zukunft eher so dass er mit seiner Frau oder mit seiner Freundin etwas plant vielleicht auch eher Kinder oder Familiengründung so in der Richtung dass es bei ihm gehen wird das ist schon ein Wunsch von ihm mit das ist von ihm geäußert worden das hat er geäußert.

I: ok danke!

Interview J

J = interviewte Person

I = Interviewer

I: sagen Sie einmal etwas!

J: ja was meine ich jetzt?

I: ok,

J: was soll ich sagen? ich weiß nichts! (Herr J lacht).

I: was mich interessiert ist Ihr Leben und Ihre Krankheit!

J: wie das angefangen hat ja - - - was soll ich dazu sagen? das Trinken von mir ist richtig das fing das erste Mal richtig an das war *72 nach meinem Unfall, - -

I: erzählen Sie einfach!

J: ich meine ich habe als Jugendlicher habe ich das auch schon einmal probiert den Alkohol aber zu seiner Zeit ist das natürlich noch den / noch strenger gehandhabt worden als heutzutage nicht? da hat man mit achtzehn vielleicht ein Bier bekommen, Schnaps grundsätzlich sowieso nicht, und dann habe ich mit sechzehn meinen ersten Rausch gehabt direkt auf meinen sechzehnten Geburtstag, da haben mir in der Firma die Gesellen haben mir den Rausch angehängt und dann bin ich acht Tage krank gewesen nicht? sagt der Chef zu mir 'kein Alkohol mehr!' nicht? - - - na ja und drüben hatte ich sportliche Aktivitäten und so weiter da habe ich mit Alkohol sowieso gar nichts zu tun gehabt; - - - das erste Mal dass ich wirklich bewusst: zu trinken anfangen habe das war *1972 nach meinem Unfall!

I: hm, wie alt waren Sie da? fünfundzwanzig war ich da!

I: hm

J: und wie es dann; erst einmal sagen wir einmal kam bei mir Langeweile auf, lange gearbeitet lange krank gewesen krankgeschrieben gewesen über ein dreiviertel Jahr krank gewesen, - - und dann ist äh

I: was ist denn bei dem Unfall passiert?

J: ja ich bin da in die laufende Kreissäge geraten, gestolpert und dann in die laufende Kreissäge hineingeraten da war der Arm gleich weg,

I: hm

J: da war ich acht Wochen im Koma fast neun Wochen im Koma gelegen, - - - und da ist mir hinterher zum ersten Mal bewusst geworden was ich na ja wie soll man das sagen? - - dass ich keine Ehefrau gehabt habe sondern eine Nymphomanin, die hat mir Hörner aufgesetzt auf Teufel komm‘ heraus, - - - das kam dann auch noch dazu - -

I: was hat Sie Ihnen aufgesetzt?

J: Hörner: fremdgegangen mehrmals fremdgegangen nicht?

I: hm

J: das habe ich mir nicht mit ansehen können da habe ich dann eine ganze Zeit lang nur noch unter Strom gestanden nicht?

I:hm

J: und das habe ich aber selbst in mir selbst damals noch in den Griff bekommen; das fing dann an als ich schon hier 1970 nach *Weiden kam zu *Dächert umgeschult damals zum *Großhandelskaufmann,

I: hm

J: und - - - ich wollte ja etwas werden: ich wollte ja etwas erreichen: - - - da konnte man mit dem Alkohol auch nicht so, da konnte man morgens ja nicht mit einem dicken Kopf im Unterricht sitzen da hätte man nichts kapiert:

I: hm

J: na ja und da hatte ich dann 76 meine erste Scheidung hinter mir,

I: hm

J: - - - habe dann ungefähr ein halbes Jahr später meine zweite Frau kennen gelernt, - - tja, 78 dann das zweite Mal geheiratet und - - die Frau war grundsätzlich gegen Alkohol da habe ich sowieso kaum etwas getrunken gehabt nichts / ja zwischendurch habe ich schon ab und zu einmal zugegriffen nicht? aber das wollte sie dann nicht: das hat sie nicht gerne gesehen: dann sagte ich `ja gut: lassen wir es sein!` ihr und den Kindern zuliebe und auch der Gesundheit zuliebe,

I: hm

J: und ich hatte auch gemerkt dass ich irgendwie körperlich auch ein bisschen abgebaut habe damals,

I: hm

J: heute haben sie das alles von vorher ja noch drinnen: - - - und na ja - - - ja 84 ist dann ist sie dann weg - - 83 haben wir uns das Haus gekauft und uns in Schulden gestürzt da haben wir ein eigenes Haus gekauft gehabt, 94 (Logikfehler) ist sie dann abgehauen ist sie weg: da stand ich nur noch vor der leeren Wohnung vor dem leeren Haus und hat noch nicht einmal einen

Schlussstrich gezogen, während ich in der Arbeit war hat sie mir das Haus leergeräumt, da war mir dann irgendwie alles egal!

I: hm

J: dann habe ich gesagt 'Leute was wollt Ihr?' Frau weg Kinder weg ich habe ja nicht gewusst wo sie ist, - - - mir ging ja auch nicht nur sie ab sondern auch meine Kinder! die gingen mir auch ziemlich ab; na ja dann habe ich schön still und heimlich das Trinken wieder angefangen nicht? - - - und dann bin ich zum ersten Mal im BKH geblieben - - - das war 92; ja was habe ich gesagt? 83 84: ist meine Ehe zerbrochen!

I: hm

J: nicht 92: 1992 oder 1993!

I: hm

J: 82 äh 83 ist äh 1984 sind wir geschieden worden:

I: hm

J: - - - und dann habe ich das natürlich - - - irgendwie versucht wett zu machen indem ich halt wieder etwas getrunken hatte nicht?

I: hm

J: so, bis ich dann auf Anraten von meinem Hausarzt damals - - bin ich dann nach *Weiden ins BKH gegangen für zehn Wochen auf Entgiftung - - - lernte eine Frau kennen dort - - - tja, sie kannte das sie kannte das Ding mit Alkoholiker - - weil ihr Ex-Mann sie war damals auch geschieden, ihr Ex-Mann der war hatte ja wie man so schön sagt zum Frühstück äh zum Zähneputzen schon einen / gebraucht,

I: hm

J: na ja und da hat sie mir natürlich strikt: - - untersagt Alkohol zu trinken weil ich habe ihr das gesagt wo ich gewesen bin, weil ich bin wenn ich eine Beziehung aufbaue bin ich für Ehrlichkeit!

I: hm

J: - - und dann sagte sie 'ja!' da hatte sie mir sozusagen ein Ultimatum gestellt entweder: sie: oder der Alkohol!

I: hm

J: und da sie mir sehr wichtig war habe ich gesagt 'das ist in Ordnung ich kann auch auf Alkohol verzichten!'

I: hm

J: ist mir zwar am Anfang so ein bisschen schwergefallen trotz meiner Entgiftung - - - aber ich habe es halt dann doch geschafft ja? dann bis 1998 da ist sie mir dann tödlich verunglückt, und dann bin ich wieder total unter die Räder gekommen,

I: hm

J: da stand ich ja nur noch unter Stoff da stand ich nur noch unter Alkohol, - - - das ging dann solange bis man äh bis man bis man mir (Versprecher) aus der Wohnung herausgeholt hat weil alles total versifft war, schlimmer als auf der Müllhalde hat es da ausgesehen - - - und seitdem bin ich dann halt mit meinem Leben nicht mehr klargekommen (Herr J beginnt zu weinen); - - - ja 2003: 25. 12. 2003:

I: hm

J: Zwangseinweisung weil ich habe es natürlich nicht eingesehen!

I: hm

J: 'was soll ich dort? ich bekomme mein Leben selbst in den Griff!' ja?

I: hm

J: wie es halt bei Alkoholikern so ist keiner sieht irgend etwas ein!

I: hm

J: - - ja Dezember 2003 dann hier ins BKH, und seit anschließend bin ich ja jetzt hier: seit 29. 06. 2004 glaube ich!

I: hm

J: jawohl: seit 29. 06. 2004 bin ich hier! - - - -

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch Ihre Krankheit gehabt?

J: welche Beeinträchtigungen: ja: vor allem körperliche Beeinträchtigungen, - - - ich meine ich habe das nicht so als äh als Entzugserscheinungen gesehen, im Laufe der Zeit hat man mir beigebracht dass das nun doch Entzugserscheinungen waren, nicht? dass ich da geschwitzt habe wie ein Weltmeister wenn ich da kein Alkohol gehabt habe also bei mir war es nun vorwiegend Bier und Schnaps habe ich ja sowieso nie äh so gut wie nie: getrunken, ich stand ja nur auf Bier, dann habe ich geschwitzt wie ein Weltmeister nicht? und - - manches Mal ging es morgens schon los mit der Flatterei,

I: hm

J: - - - und dann habe ich schon meine drei vier Bier gebraucht nicht? bis ich dann wieder normal: wurde nicht?

I: hm

J: aber trotzdem eingesehen hätte ich es damals nicht: ich habe immer gesagt 'Ihr spinnt ja:'

I: hm

J: ich meine die körperliche Verwahrlosung die war bei mir ja auch dabei, das habe ich natürlich auch nicht eingesehen obwohl man mich oft genug darauf aufmerksam gemacht hat, ich habe mich nur noch gewundert dass man mir äh so meine Spezl (Dialekt: Freunde) wie man so schön sagt dass die mich teilweise geschnitten haben wenn ich kam dass die sich woanders hingesetzt haben nicht? dass ich da alleine im Wirtshaus saß, aber das war mir alles ja total: vollkommen egal ja?

I: hm

J: ja dass die Wohnung verwahrlost - - - na ja und irgendwie meine ganze Einstellung und so weiter die Lebenseinstellung: ist unter aller Sau gewesen, weil ich habe ja nun; wenn mir jemand etwas gesagt hat 'trinke nicht soviel!' 'höre auf mit dem Trinken!' oder 'trinke nicht soviel!' da habe ich meistens gesagt 'ja was wollt Ihr denn?' sage ich 'trinke ich verrecke ich, trinke ich nicht: verrecke ich genauso!' sage ich 'ist doch sowieso scheißegal nach mir fragt sowieso kein Mensch!'

I: hm

J: die ganzen Kontakte und so weiter *Britta: die hatte an für sich gute Kontakte; ich habe nur alles hingeschmissen: ich war irgendwann im VDK aktiv ich war im Sport aktiv ich habe als Schiedsrichter Spiele gepfiffen bis zur Landesliga hinauf na ja und ich habe ja alles hingeschmissen:

I: hm

J: so was ich bis heute so was ich heute: für gut empfinde das ist dass ich meinen Führerschein noch habe im Gegensatz zu anderen ja?

I: hm

J: weil da muss ich wohl irgendwie einmal einen Lichtblick gehabt haben - - da habe ich gesagt da bin ich am sonntags morgens um sechs in Berlin *Wedding aufgewacht habe überhaupt nicht gewusst wie ich da hingekommen bin, und den anderen Tag Mon- das war sonntags morgens montags: Morgen da bin ich in die Werkstatt gefahren ////////// da habe ich zweitausend Mark verscherpelt wusste ich auch nicht mehr!

I: hm

J: also ich muss sagen ich habe echt Glück gehabt sonst wäre es mir wahrscheinlich wie vielen anderen auch gegangen dass sie meinen Führerschein abgenommen hätten - - das ist das einzige wo ich Glück hatte im Laufe der Zeit! - - -

I: hm was hat sich denn hier Auf Therapie verändert?

J: - - - was hier auf der Therapie? ich was mich verändert hatte, ich meine erst einmal habe ich meinen Weg wieder zurückgefunden zu meiner früheren: so wie es früher gewesen ist

Sauberkeit: - - vielleicht bin ich sogar dadurch dass ich diesen ganzen ich nenne es einmal Mist: mitgemacht habe da nicht? dass ich mir das hatte selbst zuschreiben können nicht dass ich da dass ich da eher pingelig: bin jetzt, dass ich jetzt darauf achte also nicht nur bei mir sondern bei anderen auch dass ich ich sage also grundsätzlich überhaupt nichts mehr dass es mir manchmal schon auf den Geist geht wenn einer morgens einer da mit einem Bart ankommt und ich 'ja Kruzifix habt Ihr denn keinen Rasierer?'

I: hm

J: dass mich so etwas stört dann weil irgendwie bin ich dadurch pingelig: geworden oder was!

I: hm

J: ich habe zwar früher schon auf Sauberkeit geachtet aber durch meine Sauferei ist das alles verschüttet gegangen und jetzt ist es wieder herausgekommen; ich meine hier in der Therapie was mir natürlich sehr viel Freude macht ist natürlich die Beschäftigung:

I: hm

J: weil ich bin Arbeit gewohnt gewesen vor meinem Unfall und nach meinem Unfall - - und hier habe ich meine Beschäftigung, hier kann ich arbeiten und ich brauche Arbeit sonst - - wird es bei mir kritisch!

I: hm

J: und ich meine ich sehe es jetzt ja das Wochenende über oder was wir wir müssen ja nicht immer zur Gruppe ja? entweder ich topfe meine Blumen um oder ich setze mich wieder hin und male ein Bild - - irgendwas finde ich immer ja? - - - -

I: hat sich so noch etwas verändert?

J: - - - - meine ganze Einstellung gegenüber dem Alkohol hat sich auch gewaltig verändert, - - so gerne wie ich ihn früher getrunken habe genauso viel hasse ich ihn heute! - -

I: hm wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

J: Zukunftsplanung: - - da sieht es im Augenblick schlecht aus ja? - - ich will jetzt erst einmal Ostern abwarten dann will ich mich mit Herrn *Mayer noch einmal in Verbindung setzen wie das da in *Hof mit der WG ist - - - vielleicht beiße ich in den sauren Apfel für mich und gehe nach *Würzburg in die WG - - weil zum ersten Mal wird da ja auch wieder ein Zimmer frei,

I: hm

J: - - - aber auf jeden Fall eines weiß ich: also heiraten will ich definitiv nicht: (Patient und Interviewer lachen), (es folgt ein unverständlicher Satz), - - - - und irgend etwas: will ich machen nicht? dass ich mit na ja kann man sagen fast sechzig Jahren keine Arbeit mehr finde keine feste das ist mir klar ich muss mir irgend etwas Ehrenamtliches suchen was ich immer schon im Konzept gehabt habe - - - na ja und ja damit ich; weil wenn ich wieder in die

Situation komme dass ich wieder vor lauter Langeweile wieder irgendwo irgendwo // der Alkohol der mir bestimmt nicht guttut!

I: hm

J: - - na ja - - - also vielleicht irgendwie etwas Karitatives wie gesagt oder was ich schon im Sinn gehabt habe im Tierheim helf- arbeiten, war mir klar weil man halt kostenlos ehrenamtlich das ist mir auch vollkommen egal, ich meine wenn ich wieder herauskomme hier ich meine wenn ich wieder draußen bin in der wie ich das immer so schön sage freien Wildbahn dann steht mir meine Rente wieder voll und ganz zu und ich meine damit kann ich leben nicht? vorausgesetzt ich investiere sie nicht wieder in die Wirtshäuser ja?

I: hm

J: sonst reicht es nur einen halben Monat: das habe ich nämlich schon gehabt nicht? - - -

I: ok danke schön!

J: bitte!

Therapeuteninterview J

T = interviewte Person

I = Interviewer

T: also der *Hilmar - - ähm gibt von sich persönlich ungern: etwas preis - - ähm der ist eher daran zu sagen 'der und der und der!' also da muss man immer ganz gezielt nachfragen was bei ihm los ist, also was ich da über ihn weiß das ist halt was so im Laufe der Zeit zusammengetragen wurde was ich zum Teil auch vom Betreuer weiß ähm und wo er halt dann in der Gruppe auch überhaupt nicht herauskonnte; ähm er selbst erzählt dass er äh er hatte eine (Versprecher) also leiblichen Vater: seine äh Mutter seine leibliche Mutter die wollte ihn wohl nicht die hat ihn bei dem Vater gelassen der dann wieder geheiratet hat äh und diese Frau also die Stiefmutter von ihm das war die Person die sich um ihn gekümmert hat, äh die alles getan hat für ihn äh und so weiter; der Vater war wohl recht: grob: immer zu ihm also er erzählt er hat wenn: er erzählt da hat er keine gute Minute gehabt bei ihm, er wurde geschlagen er wurde gedemütigt er wurde nur schlecht behandelt ähm er wurde wohl - - als Jugendlicher einmal vom Onkel sexuell missbraucht wie er das erzählt hat muss er also grün und blau geschlagen worden sein dass er ins Krankenhaus gekommen ist, - - also man hat ihm auch nicht geglaubt ähm er kann sich an eine einzige positive Sache erinnern die er mit dem Vater erlebt hat äh und das nur auf ganz gezielte Nachfrage irgend etwas: muss ja auch einmal gewesen sein was schön war: ja das war ein Motorradausflug den durfte er machen mit dem Vater aber äh das war eine Minute dann war das schon wieder vorbei; - - äh er hat vier Töchter - - und das ist alles ganz diffus ganz eigenartig ähm einmal sind das seine Töchter die er auch mit der Frau hat, dann hat wieder die Frau die Töchter mit in die Ehe gebracht also er erzählt eigentlich jedes Mal etwas anderes oder er ähm - - also ich habe es bis heute noch nicht geblickt was jetzt da wirklich ist: übrigens auch der Betreuer nicht: - - und und dann war auch noch eine komische Geschichte mit irgendeinem Sohn: äh der von irgendeiner Frau sein soll also das sind solche Sachen die habe ich noch nicht durchschauen können; äh zu den Töchtern hat er mittlerweile zu zweien hat er wieder Kontakt dazu muss man dazusagen sie sind aus zwei Ehen ähm beide Ehen sind gescheitert, er war nie: daran schuld, die Frau ist fremdgegangen er hat die wohl auch inflagranti erwischt und äh er hat nie das Seinige dazu beigetragen sondern das lag an seinem Arbeitsunfall dass die Frau ihn nicht mehr als äh

ganzen Mann gesehen hat; äh wie gesagt zu den Töchtern da hat er zu zweien hat er wieder Kontakt: bei der jüngsten äh da sagt er äh 'die Mutter verbietet ihr Kontakt zu mir zu haben!' äh die Tochter ist volljährig und er wollte (interviewte Person lacht) der Frau gerichtlich untersagen ähm dass sie den Kontakt von ihm zur Tochter verbietet also auch da 'die anderen sind schuld äh dass ich da getrunken habe weil ich habe das ja nicht ausgehalten!' getrunken äh hat er angeblich erst nach seinem Arbeitsunfall den er wohl einmal hatte und er hat da seinen Arm: seinen linken Arm äh verloren also in halber Oberarmhöhe; und äh dann sind alle sehr schlecht mit ihm umgegangen seiner Erzählung nach und da muss er dann angefangen haben zu trinken; ähm bei ihm ist es dann so äh er hat wieder eine neue Beziehung nach diesen Scheidungen angefangen äh und die Frau ist seiner Aussage nach äh acht Tage oder so vor der Hochzeit tödlich verunglückt und dann ist er total in ein Loch gefallen er hat nur noch getrunken er sagt er hat nie: äh er ist nie auffallend geworden beim Trinken ähm die andere Sache ist dass er total verwahrlost war seine Wohnung muss also meterhoch mit Kot Unrat ähm dreckiger Wäsche und so äh ja versaut gewesen sein äh wohlgemerkt eine neue Wohnung also eine neu hergerichtete Wohnung in der er gar nicht lange war, ähm jedenfalls als er dann ausgezogen ist also als geräumt wurde äh musste diese Wohnung wieder komplett renoviert werden; er ist sehr böse auf seinen Betreuer weil der hat ihm die ganze Geschichte hier eingebrockt dass er überhaupt ähm hierher hat müssen, ähm der hat ihn mit Polizei und äh ja Vormundschaftsgericht (interviewte Person lacht) hat er ihn abholen lassen und das war also sehr demütigend auch für ihn das hat ihn dann wieder so in die Schiene gebracht 'alle wollen mich nicht!' äh 'ich bin das arme Opfer!' auf dem Stand steht er heute auch noch: äh die Geschichte mit seiner ähm Ehefrau da geht er überhaupt nicht heran also er sieht auch nicht dass zum Scheitern einer Beziehung immer zwei gehören nein: also nur die anderen nur die anderen, das ist halt auch hier in der Gruppe so äh ähm man merkt ganz einfach wenn er nicht dabei ist dann ist die Gruppe viel gelöster viel äh harmonischer auch irgendwo selbst wenn äh ja wenn also Dinge gesagt werden die man nicht so gerne hört ja? das kann einfach jeder aushalten und wenn der *Hilmar dabei ist ist das also ungleich schwieriger: - - ähm; seine Zukunftsperspektive: er möchte gerne von hier heraus in eine WG ähm als Zwischenschritt und dann wieder äh um irgendwann wieder selbstständig zu leben, er möchte aber nicht in die WG nach *Würzburg weil er will in *Würzburg weiß er nicht was er da anfangen soll er möchte also Richtung *Reutlingen wieder gehen; - - er sieht schon dass er getrunken hat also das weiß er ganz einfach die Gründe gut lagen wie gesagt immer bei anderen nie bei ihm äh er weiß jetzt dass er nichts mehr trinken darf: äh was er nicht auf die Reihe bekommt das ist wie sehr er gelitten hat unter seinem Alkoholgenuss wenn man es noch

so nennen will, ähm er hat also massivste Beeinträchtigungen also massive hirnorganische Beeinträchtigungen ähm ja er ich weiß gar nicht wie ich das nennen soll er merkt sich nur Dinge die er sich merken möchte, alles andere blendet er aus also ich denke es ist auch psychisch eine äh große Beeinträchtigung da bei ihm und er macht auch Einzeltherapie ich weiß nicht ob es dadurch besser wird es sieht gerade so aus also dass er im Grunde genommen auf dem Stand den er am Anfang hatte fast jetzt auch noch steht.

I: ok danke.

Interview K

K = interviewte Person

I = Interviewer

I: ok sagen Sie einmal etwas!

K: ja hallo?

I: ok passt, ja *Inge mich würde einfach nur interessieren wie sich so Ihr Leben und Ihre Krankheit entwickelt hat!

K: ja also ich habe Kontakt zum Alkohol gehabt schon in jungen: Jahren aus Neugierde gebe ich zu also so mit sechzehn siebzehn, allerdings war ich da noch nicht also dass ich gesoffen: hätte, aber ich habe es immerhin schon probiert: - - aber es hielt sich in Grenzen also ich habe es ja zu der Zeit damals in jungen Jahren nicht: übertrieben; und als ich dann in meiner ersten Ehe als ich verheiratet war und auch meine Tochter bekommen habe da habe ich also lange Zeit überhaupt keinen Alkohol getrunken, und dann ist es bei mir angegangen mit Problemen in: der Ehe in meiner ersten Ehe schon und ich war dann eben damals schon der Typ dass ich nicht fähig war die Probleme in den Griff zu bekommen sondern habe größtenteils die mit Alkohol betäubt, - - was es natürlich nicht gut sondern nur schlechter gemacht hat - - nach der Scheidung habe ich mich wieder sagen wir einmal ein bisschen gefangen, ich sage zwar nicht dass ich dann nichts: mehr getrunken hätte aber es hielt sich in Grenzen:

I: hm

K: dann - - ja ich habe dann ein zweites Mal geheiratet und mein zweiter Mann der hat also sehr gerne getrunken und das hat nicht lange gedauert dann war ich also wieder ziemlich weit unten und habe ich habe mich nicht gewehrt dagegen sondern ich habe dann einfach mitgetrunken und das war dann oft schon heftig wenn ich daran zurückdenke, - - - ja die Ehe ging auch in die Brüche ich habe aber dann deswegen nicht mit dem Trinken aufgehört sondern das ist weitergegangen also ich habe das damals schon nicht mehr; also was heißt schon nicht: mehr? ich habe das gar nicht beachtet also ich mir war die Gefahr nicht bewusst sagen wir einmal so: ich habe da also nicht toujours gesoffen aber ich habe doch eigentlich regelmäßig oder bei jeder Gelegenheit wenn es gepasst hat Alkohol getrunken, - - - ich habe dann zwar nicht mehr geheiratet habe aber dann bin mit einem Mann zusammengezogen also den habe ich erst einmal kennen gelernt: das ist klar es hat sich dann so entwickelt dass wir zusammen geblieben sind und haben uns miteinander dann auch eine Wohnung genommen, -

- und das war wieder eben - - auch ein Mann der gerne getrunken hat, was jetzt mich nicht vollkommen gestört hat in meinem; also für mich war das ja wieder ok weil dann habe ich mich nicht entschuldigen brauchen wenn ich auch etwas trinke, na ja und - - - es ging halt dann ich sage jetzt einmal es plätscherte lange Zeit so dahin und am Schluss war ich aber dann; also ich kann mich kaum mehr daran erinnern wie schlimm es am Schluss war aber von meiner Familie habe ich es dann erfahren also was heißt erfahren? die haben es mir aber klar und deutlich oft auch erklärt dass das am Schluss oft schon so schlimm war und dass ich also mit meinem also mit meiner Arbeit und so nicht mehr so zurechtgekommen bin dass ich da Schwierigkeiten gehabt habe also rein jetzt schon vom Haushalt her gesehen ja? dass ich also da Probleme dann gehabt habe alles auf die Reihe zu bekommen aufgrund der Schwierigkeiten, der Vergesslichkeit und vor allen Dingen ist dann immer so ein gewisses Wurstigkeitsgefühl dazugekommen; nachdem die Beziehung ja auch nicht gestimmt hat ich mir also ich das auch gemerkt habe dass da etwas nicht in Ordnung ist dann ist das bei mir so nach der Art gewesen 'na ja: ist doch sowieso schon alles egal!' so ungefähr, - - also habe ich es nicht versucht dass ich für mich: wieder alles auf die Reihe bekomme sondern habe eigentlich doch alles so - - ja gehen lassen mich: selbst gehen lassen sage ich jetzt einmal - - und das ist dann solange gegangen bis dann meine Eltern gemerkt haben Mensch: also was heißt gemerkt? gemerkt haben sie es schon lange aber die haben dann gesagt 'da können wir nicht mehr zuschauen die macht sich ja kaputt!' und die haben dann einen Arzt eingeschaltet unseren Hausarzt - - ja und dann ging es eigentlich sehr schnell - - der hat ja auch sofort erkannt ja was los ist und hat dann gesagt also er sieht keine andere Möglichkeit als mich ins Krankenhaus einzuweisen,

I: hm

K: ich war damals also sehr sagen wir einmal ja entsetzt: - - ich wollte das nicht wahrhaben: also am liebsten hätte ich gesagt 'nein das brauche ich nicht!' und so aber - - ich war schockiert sagen wir einmal so 'Mensch jetzt musst Du da ins Krankenhaus!' - - na ja und dann hat das Ganze eben seinen Lauf genommen mit erst einmal Entzug und dann BKH und erst im Laufe der Zeit ist mir dann selbst bewusst geworden - - was ich an mir selbst zerstört habe und dass das eben lange Zeit braucht um das wieder aufzubauen, also heute ich war ist mir klar dass das alles der richtige Weg war weil anderweitig hätte ich mich vielleicht kaputt gemacht - - wer weiß ob ich noch leben würde oder was sonst aus mir geworden wäre, also heute ist mir das bewusst und ich bin eigentlich dankbar dass man mich so aufgefangen hat - - und jetzt versuche ich eben weiter an mir zu arbeiten und wieder ganz auf die Füße zu kommen - - - wobei klar: es ist nicht leicht: ich bin schon viele Jahre trocken und habe immer

noch Schwierigkeiten das gebe ich ehrlich zu also es wäre Blödsinn wenn man das vertuscht weil es einfach so ist!

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie durch den Alkohol denn gehabt?

K: ja ich in erster Linie ist bei mir gestanden das Gedächtnis also mit dem ich ja heute noch; also es ist nicht mehr schlimm: oder so: schlimm: aber es ist immer noch so dass ich also Schwierigkeiten habe also ich es gibt Einiges das ich mir aufschreibe weil ich mir denke sicher ist sicher: es muss nicht sein dass ich es vergesse aber es passiert dann doch immer wieder ja? zwar nicht mehr bei weitem so schlimm wie es einmal war aber - - trotzdem gehe ich da immer lieber auf Nummer Sicher: weil ich denke mir wenn man ehrlich zu sich selbst ist und sich das zugesteht dann tut man sich auch leichter: - - also ich kann mit meiner noch vorhandenen Vergesslichkeit jetzt besser umgehen; - - -

I: was hat sich sonst noch so auf Therapie verändert?

K: - - - ja ich meine ich sage einmal ich es ist mir auch schon gesagt worden ich merke es ja teilweise auch selbst also dass ich mich überhaupt: verändert habe also vom sei es vom Äußeren her also auch von meiner Einstellung zum Leben zu mir selbst also ich bin jetzt inzwischen soweit dass mir nicht mehr egal ist was aus mir wird sondern ich möchte ich denke mir ich bin jetzt in einem Alter bin keine junge Frau mehr die fünfzig überschritten und ich möchte ja von meinem Leben doch noch etwas haben und darum - - bin ich bereit soviel wie ich: dazu beitragen kann zu tun damit ich wieder soweit komme dass ich selbstständig leben kann - - - ;

I: also das ist Ihr Zukunftsplan?

K: ja.

I: wie sieht die Zukunftsplanung dann aus?

K: na ja ich möchte schon wieder eine eigene Wohnung haben,

I: hm

K: und ich meine wie ja bekannt ist dass ich in enger Verbindung mit dem Herrn *Schneider bin ist es schon unser Ziel dass wir einmal gemeinsam also in einer Wohnung unser Leben gest- also jetzt nicht nur in der Wohnung: sondern gemeinsam halt eine Wohnung haben und dann das Leben gemeinsam gestalten, weil ich schon von vielen Seiten gehört habe äh `zwei Alkoholiker ob das gut geht?`

I: hm

K: jetzt ich meine gut: es muss ich sage mir immer es ist egal: so oder so es kann: muss aber nicht, also ich sehe es jetzt aber einmal so weil ich weiß jetzt vom *Ulf zum Beispiel dass dessen fester Vorsatz ist trocken zu bleiben: und das ist ja der meine auch: und jetzt denke ich

wenn zwei: Leute die mit dem Problem Alkohol ja selbst zu tun gehabt haben so wie jeder für sich seine Probleme mit Alkohol gehabt hat und eben auch die Konsequenzen getragen hat denke ich da ist die (Versprecher) - - gegenseitige Verständnis größer dass wenn ein Problem auftritt; und vor allen Dingen so sehe jetzt ich: das ich weiß eben was heißt ich weiß? ich weiß: der *Ulf sagt es immer wieder zu mir und das ist auch mein Wunsch trocken zu bleiben also das haben wir beide vor: - - und ich denke wenn zwei: Alkoholiker die ernsthaft: vorhaben trocken zu bleiben da sehe ich jetzt einmal eine große Chance weil ich denke wenn jetzt - - einer von beiden also von uns beiden wenn jetzt ich merken würde 'Mensch da stimmt etwas nicht! hat der einen Saufruck oder hat er gar schon wieder etwas probiert?' oder so dann würde ich sofort auf ihn zugehen und mit ihm darüber sprechen und ich denke umgekehrt wäre es genauso und das ist jetzt denke ich ein großer Vorteil wenn man dann offen damit dann umgeht, weil ein jeder ja es braucht sich ja keiner vor dem anderen sage ich jetzt einmal zu schämen weil beide das gleiche Problem haben also die gleichen Erfahrungen oder zumindest die gleichen Grunderfahrungen gesammelt hat und das sehe ich jetzt wiederum als Vorteil weil wenn jetzt ich heute mit einem Mann zusammenziehe der also mit der Problematik der Alkoholkrankheit noch überhaupt keine Erfahrung hat der kann sich ja gar nichts darunter vorstellen denke ich mir jetzt - - - das habe ich gesehen an meinem Bekannten mit dem ich zuletzt zusammen war der wir waren ja lange Zeit noch in Verbindung mit dem Herrn *Wimmer ja? und wenn ich zu Hause war und wir waren zusammen da hat er oft gesagt 'Komm Du kannst doch ein Glas trinken bis Du hinten bist merkt das doch keiner mehr!' ich meine ich habe es nicht: gemacht aber da sieht man wie Außenstehende die da überhaupt keinen Einblick haben um was es da eigentlich wirklich geht also kein Verständnis dafür haben wie leicht wie sie dann also das - - sehen oder auf die Schulter nehmen - - und darum sehe jetzt ich: darin einen Vorteil wenn so zwei Menschen sich zusammentun die wirklich beide die gleiche Erfahrung oder zum gleichen Thema sage ich jetzt einmal Erfahrungen haben, es hat nicht jeder gleiche Erfahrungen aber zur gleichen Problematik, also so sehe ich das;

I: können Sie noch ein bisschen etwas darüber erzählen wie Sie aufgewachsen sind und wie das alles losgegangen ist?

K: ja wie es losgegangen ist also da muss ich jetzt direkt ein bisschen lachen weil ich weiß genau ich weiß meinen ersten Rausch und zwar war ich da noch ein junges Mädchen und da war ich noch keine sechzehn Jahre, so zwischen fünfzehn sechzehn da war ich bei einer Freundin und die weil ihre Eltern nicht da waren und da hat die ich glaube *Barbara hat sie geheißt die hat zu mir gesagt 'Komm: der Vater hat eine so große Bar da der trinkt sowieso

fast nie etwas der merkt das gar nicht wenn wir da einmal ein bisschen etwas probieren!' na ja mit fünfzehn sechzehn bist Du ja sowieso neugierig ja? das hat gelockt und dann haben wir uns da an die Bar gemacht und haben da also so queerbeet durch probiert und am Schluss haben wir sind wir beide also ziemlich verrückt herum: also wir waren nicht so besoffen dass wir umgefallen sind sondern wir haben halt dann das Spinnen angefangen na ja so das war dann ich denke einmal wenn uns jemand gesehen hätte das war filmreif: soweit ich das in Erinnerung habe, das war also - - - das war ja! das war mein erster Rausch in meinem Leben! (Frau K lacht) gut das war jetzt dann nicht so dass ich weitergetrunken habe weil zu diesem Zeitpunkt bin ich ja auch noch in die Schule gegangen also das war dann; und am nächsten Tag war mir dann sowieso so schlecht dass ich gar nichts mehr davon wissen wollte (Frau K lacht), aber das ist jetzt schon sagen wir einmal ich vergesse das nicht, und ich denke einmal vielleicht ist es gar nicht schlecht wenn man das nicht vergisst wie es eigentlich; aber die erste Erfahrung eben damit gemacht hat und dass es einem eben danach gar nicht gut gegangen ist! (Frau K lacht) also ja und später dann war ich jahrelang trocken ich habe in in der Zeit also ich habe mit einundzwanzig geheiratet und habe dann auch meine Tochter bekommen also da ich habe während der Schwangerschaft nicht einen Schluck Alkohol getrunken gehabt, die erste Zeit danach nicht oder was heißt die erste Zeit? eigentlich relativ lange Zeit, oder zumindest normal: sagen wir ab und zu einmal bei Gelegenheit ein Glas,

I: hm

K: aber bei mir ist es dann so gewesen ich habe dann ziemlich große Schwierigkeiten in meiner Ehe gehabt mein erster Mann ist fremdgegangen und ich bin mit dem Kind dann dagestanden und habe mir halt also schon sage ich jetzt einmal ziemlich verzweifelt 'was soll werden aus mir und dem Kind?' und dann ist das eben sage ich jetzt einmal das Typische bei mir gewesen schon immer da waren riesige Probleme da und ich habe es halt schwer auf die Reihe bekommen oder habe gar nicht recht gewusst was soll ich machen? und ich habe dann eben angefangen zu trinken,

I: wie alt waren Sie da?

K: äh mit einundzwanzig habe ich geheiratet, siebenundzwanzig!

I: hm

K: und na ja - - dann habe ich aber ich meine ich habe dann die Scheidung eingereicht und habe bin dann habe dann auch eine kleine Wohnung mit meiner Tochter alleine bekommen eine schöne, und in der Zeit in der ich dann alleine war mit meiner Tochter habe ich mich ziemlich gefangen gehabt, war jetzt nicht so dass ich nichts mehr getrunken hätte aber ich habe nicht gesoffen und weil ich war alleine mit einem Kind ich wusste ich habe jetzt alleine

die Verantwortung auch eben für das Kind; dann habe ich auch halbtags in die Arbeit gehen müssen aus finanziellen Gründen ja und also da habe ich bis - - na ich sage einmal in der Zeit bin ich eigentlich relativ aufgeblüht also ich habe keinen Alkohol gebraucht weil es mir so: dann gut gegangen ist weil ich mich wohlgeföhlt habe als ich so alleine war mit meiner Tochter; na ja und dann nach einiger Zeit ich weiß jetzt nicht mehr genau nach welchem Zeitraum habe ich dann wieder einen Mann kennen gelernt den Herrn *Wagner wo man ja am Namen schon hört dass ich wieder geheiratet habe, und das war eben einer der selbst auch gerne getrunken hat was mir anfangs habe ich das ja gar nicht so also war mir das nicht bewusst - - oder habe das gar nicht so mitbekommen besser gesagt na ja wir haben dann geheiratet und dann hat es nicht lange gedauert dann habe ich also - - das war einer der also selbst gerne getrunken hat auch Schn- auch Schnaps und dem es gefallen hat wenn ich - - etwas mitrinke vor allem ich höre das heute noch also das ist wahr das hat er selbst gesagt 'das gefällt mir wenn die *Inge etwas getrunken hat weil dann wird sie so lustig und so locker!' ja? und und mir war ja die Gefahr damals gar nicht bewusst: auf die ich mich da einlasse - - und also wir haben beide sage ich einmal sehr viel getrunken - - und ja so das ist dann die Ehe ist ja wieder in die Brüche gegangen es war jetzt nicht wegen der Trinkerei direkt sondern ja wegen finanziellen Schwierigkeiten in die der Herr *Wagner sich dann gebracht hat oder uns: er hat er war ja eben so ein ich sage einmal Hochstapler sage ich jetzt heute schon ja? der hat also sehr über die Stränge geschlagen finanziell wollte überall dastehen als 'was bin ich? Was habe ich?' und hat es halt nicht gehabt und da hat er uns also in große Schwierigkeiten gebracht finanziell ich habe sogar auf der Bank mit unterschrieben, wo ich dann später auch noch Schwierigkeiten hatte wegen den Rückzahlungen, und - - na ja also nachdem sage ich jetzt einmal die Scheidung auch vorbei war habe ich mich zeitweise wieder ein bisschen aufgerappelt aber es war schon soweit dass ich gesagt habe 'jetzt ist das alles vorbei und jetzt nehme ich alles voll: wieder für mich in Anspruch! und ich trinke auch nichts mehr sondern' weil ich habe ja nicht mehr so gesoffen wie zu der Zeit in der wir gemeinsam getrunken haben weil ich ja eben auch wieder die Verantwortung alleine gehabt habe meine Tochter war ja da auch noch da, aber es war schon soweit dass ich also nicht fähig war also ganz: ohne Alkohol zu leben also ich habe schon - - fast regelmäßig nicht so ganz regelmäßig aber schon fast regelmäßig getrunken - - - aber es war halt wie gesagt ich habe trotzdem noch alles auf die Reihe gebracht zu der Zeit; na ja und dann habe ich den Herrn *Neisinger kennen gelernt mit dem ich ja zuletzt zusammen war und das war eben auch wieder oder ist: einer der gerne trinkt - - was mich ja auch nicht gestört hat sondern wo ich mich habe auch wieder hineinreißen lassen und das dann eben - - und das war aber da war es

schon dass die Beziehung ich denke jetzt einmal egal ob mit oder ohne Alkohol nicht in Ordnung war also die das dann war ich bald wieder an einem Punkt angelangt an dem ich mir gedacht habe 'ach Du Scheiße! was wird jetzt? jetzt wird das' das war zwar nicht die dritte Ehe aber immerhin die dritte Partnerschaft sage ich einmal wo wieder nichts ist wo ich wieder einen Fehlgriff gemacht habe oder Fehlgriff wäre jetzt dumm: aber wo es halt wieder nicht so gelaufen ist wie ich das wollte und wie ich mir das vorgestellt habe, na ja dann - - - wir sind ja noch bis zum Schluss bevor ich weggekommen bin ins BKH waren wir ja noch zusammen aber es hat hinten und vorne nicht mehr gestimmt und ich habe also dann zu der Zeit also mich dann voll gehen lassen, und das ist dann eben solange gegangen bis meine Eltern gesagt haben 'wir schauen da nicht mehr zu!' ich mache mich kaputt und haben dann den Hausarzt eingeschaltet und der hat mich angeschaut und der hat mich ja auch schon lange gekannt und der hat dann gleich gesagt 'da kann man nichts mehr machen!' also das geht ohne Hilfe nicht mehr und der hat mich dann auch sofort ins Krankenhaus - - überwiesen.

I: und das war wann?

K: vor elf Jahren.

I: und dann hierher?

K: dann war ich erst einmal im Krankenhaus im BKH in *Weiden dann in / und dann jetzt hier ja! - -

I: ok danke schön!

K: bitte!

Therapeuteninterview K

T = interviewte Person

I = Interviewer

T: also die *Inge die hat ähm in ihrer Kindheit schon ein ziemlich dramatisches Erlebnis gehabt und zwar ist sie äh aufgewachsen mit einem Bruder und einer Schwester und sie sollte immer auf den Bruder aufpassen und dieser Bruder der ist gestorben und die Schuld an dessen Tod äh hat sich die *Inge dann gegeben also sie hat einfach gemerkt die Eltern sind äh die sind traurig: die sind nicht mehr so wie sie vorher waren zu ihr und äh dann hat sich bei ihr das so gefestigt 'ich bin schuld am Tod vom dem Bruder.' und äh das hat sie also lang mit sich herumgezogen; sie ist dann äh nach der Realschule - - hat sie dann äh in einer Verwaltung gearbeitet bei der Stadtverwaltung meine ich und äh ist dann so mit sechzehn siebzehn ähm halt zum Alkohol gekommen ja? sie wenn sie denn ausgehen durfte: also die Eltern waren sehr streng sehr behütend und betüdelnd sind sie ganz nebenbei bemerkt auch heute noch ähm also wenn sie einmal ausgehen durfte dann hat sie halt auch etwas getrunken weil sie gemerkt hat es fällt ihr dann leichter Jungen anzusprechen und es fällt ihr einfach leichter dann mit denen umzugehen zu tanzen ja und das waren so ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol; - - sie hat dann äh sehr bald geheiratet also sie war da auch recht jung sie hat mit einundzwanzig geheiratet und sie hat das einmal geäußert um zu Hause herauszukommen also um da einfach so ein bisschen äh dieser Übermutter zu entfliehen: die ihr also gesagt hat 'das musst Du so machen das musst Du so machen und so machen!' ähm das hat sich also sogar auch in der Ehe noch äh weiter so ergeben bis sie dann halt einmal gesagt hat 'ich mag das jetzt nicht mehr ich habe meinen eigenen Haushalt.' da: hat sie dann bereits gemerkt äh sie trinkt ziemlich viel äh hat dann aufgehört ich glaube sie war einundzwanzig zweiundzwanzig als sie schwanger wurde äh da hat sie dann aufgehört weil sie das nicht wollte dass dem Kind etwas passiert also sie hat auch geraucht: und hat dann beides aufgehört sie hat nicht mehr getrunken und nicht mehr geraucht und hat dann aber nachdem sie abgestillt hatte bald wieder angefangen zu trinken: auch ähm noch gemäßigt: also es war noch nicht äh irgendwie tragisch ihr Trinkverhalten sondern es war noch normal aber dann hat sie herausgefunden dass ihr Mann eine Beziehung hat eine andere, und dann hat sie angefangen also sie hat nicht darüber reden können sie hat die Situation so für sich gar nicht anders klären können sie hat dann zu trinken angefangen und zwar massiv; nach der Scheidung äh hat es nicht lange gedauert da

hat sie dann äh ihren zweiten Mann kennen gelernt hat den auch relativ schnell geheiratet - - hat bei ihm mitgearbeitet und ja nach außen hin halt immer so heile Family und äh `das geht schon alles! das passt schon alles!` und äh dem war aber nicht so, der hat auch gerne getrunken und sie erzählt dann immer `na ja wir haben dann immer das Hibbeldihopp-Spiel gemacht!` also sie ist relativ schnell auf Schnaps und Likör umgestiegen und immer `ach trinken wir noch eines: ach hibbeldihopp!` ja und das fand sie ganz lustig: und das war auch nett: aber dann hat sie gemerkt also äh es funktioniert finanziell nicht in der Firma die der da hatte und äh hat sie auch noch ausgenützt gefühlt und ja es ging halt auch soweit sie hat dann nichts mehr auf die Reihe gebracht; äh da kam dann wieder die Scheidung also unweigerlich es ging dann eine Zeit lang sie hat nach wie vor getrunken die Tochter war dann damals schon bei den Eltern - - ähm es war dann - - na ja irgendwann auch so eine ungute Geschichte weil äh sie sollte dann zur Adoption freigegeben werden die Tochter und da haben die Eltern ziemlich äh - - ja wir haben das alle eigentlich ein bisschen als ein übles Spiel empfunden aber das sollte die Ingrid nicht erfahren: und und und also lauter so komische Geschichten; äh sie war dann - - wieder mit einem Mann zusammen - - und - - einmal ganz platt gesprochen der hat ihr dann eigentlich den Rest gegeben die Beziehung zu dem Mann die hat auch noch lange angedauert äh wie sie schon bei uns in der Einrichtung war - - sie ist ja auch schon elf Jahre mittlerweile bei uns und das war am Anfang ganz ganz schlimm also der hat sie eigentlich nur ausgenützt also wir haben damals vermutet dass da wirklich von seiner Seite noch sexwilliges Interesse also sexuelles Interesse da war äh wir hatten auch die Vermutung dass in der Kindheit ähm irgendeine Missbrauchsgeschichte war haben da aber nie etwas herausbekommen haben also nie ähm - - irgendwelche Beweise oder so etwas finden können aufgrund des Verhaltens war das eben das sie da hatte; ja: - - mit ihrem neuen Lebensgefährten Partner war es dann - - - - war es dann so ähm dass wir lange: Gespräche mit der Inge geführt haben - - dass wir auch äh - - mit ihren Eltern lange gesprochen haben wir haben also auch als wir festgestellt haben das tut ihr überhaupt nicht gut: die Besuche ihrer Eltern reduziert, sie äh durfte dann auch eine ganze Zeit lang also überhaupt nicht nach nach Hause, ähm dann hat sie sich auch ein bisschen äh gebessert also äh sie war nicht mehr so deprimiert also sie ist am Anfang nur dagesessen ihr sind die Tränen heruntergelaufen sie hat ähm Halluzinationen gehabt und das ist dann eigentlich schon das nächste die Beeinträchtigung: sie hat also ja sie saß da tränenüberströmt: äh dann habe ich gesagt `was ist denn los?` `da ist jetzt gerade ein Hubschrauber vorbeigeflogen mit einem Spruchband *Inge ich liebe Dich! und der ist doch dann auch gelandet auf der Wiese warum sind denn meine Eltern nicht ausgestiegen?` also lauter solche Sachen waren bei der *Inge dann äh da so die

ersten Jahre das hat lange gedauert; und - - sie hat überhaupt kein Körperempfinden mehr gehabt äh das war also ganz schrecklich wenn sie ihre Tage hatte es ist oft passiert: sind die Mitbewohner gekommen und haben gesagt `Mensch: schauen Sie einmal dass die *Inge sich umzieht es ist da so blutig alles bis zum Pullover hoch!` also ganz ganz schlimm sie hat äh weder geduscht noch noch sonst etwas also das war heftig: wie es ihr ging - - äh nachdem sie dann von dem ähm dem Angehörigen da dem Herrn *Müller getrennt: war und vor allen Dingen auch die Schwester von ihm die immer wieder dann angerufen hat und so versucht hat die *Inge noch ans Telefon zu bringen äh da ist es dann auch ein bisschen besser geworden mit ihrer Körperhygiene und das alles das war halt auch als wir auch vermutet haben da war einmal etwas; ähm sie hat seit - - zweieinhalb Jahren wieder Kontakt zu ihrer Tochter sie hat äh vorher nichts erfahren nur immer über die Eltern, sie hat zwei Enkelkinder über die sich sehr freut und ähm der Kontakt mit der Tochter äh der ja erst einmal sehr angstbesetzt war auch von ihrer Seite her der hat sich so scheint es recht gut entwickelt zumindest wenn sie ein paar Tage zu Hause ist da erzählt sie dann immer ja: sie hat ihre Tochter getroffen und äh es war schön: und erzählt auch von den Kindern und ja ist auch immer bemüht für die Kinder dann kleine Geschenke zu haben oder so also da das hat ihr Auftrieb gegeben; - - ihre Zukunft: äh hier im Haus hat sie ja - - ein Verhältnis oder eine Freundschaft angefangen mit dem *Ulf ähm - - sie träumt immer noch glaube ich davon dass sie mit ihm irgendwann einmal zusammenziehen kann dass sie eine eigene Wohnung haben stellenweise sieht sie es dann realistisch dass das nicht klappt aber häufig sieht sie es einfach auch nicht so: und äh ja: - - ich denke es ist äh ähm bei ihr einfach so drinnen dass sie jetzt sagt `wir ziehen irgendwann zusammen.` und dann ist es für sie Fakt dass es so ist, also sie ist schon auch abhängig ein Stück weit vom *Ulf; ähm was sie - - nicht so auf die Reihe bekommt das ist so diese ganzen Absprachen einzuhalten das vergisst sie ganz einfach die hat absolute Gedächtnisproblematik wobei das auch schon sehr viel besser geworden ist wir haben also am Anfang sie hatte ihr Zimmer nicht gefunden das war auch hier am Anfang im verlängerten Dach als sie dann einmal war ist sie in eine andere Wohnung gegangen – hat sich gewundert das ist nicht ihr Zimmer, aber im äh / war das einfach so wir haben ihr dann lauter Punkte: hingeklebt farbige Punkte auf den Weg den sie gehen muss also im Grunde genommen ganz tragisch, sie sagt selbst `ich bin noch lange nicht fit aber wenn ich überlege wie es mir am Anfang ging geht es mir schon sehr viel besser!` - - Und trotzdem hat sie einfach massive hirnorganische Beeinträchtigungen und auch die Persönlichkeit ist durch den Alkohol verändert! - -

I: ok danke!

Interview L

L = interviewte Person

I = Interviewer

I: ok – also dann erzählen Sie einfach einmal so eines nach dem anderen und versuchen Sie hier hineinzusprechen.

L: ich bin geboren auf einem Bauernhof mit einer Landwirtschaft, ich habe noch drei Geschwister, meine Eltern lebt nur noch der Vater, mit meinen - - mit zwei Schwestern und einen Bruder habe ich noch, mit dem Bruder habe ich noch ein bisschen Kontakt mit den beiden Schwestern fast nicht: da ist es zwecks Erbsachen gegangen,

I: hm

L: äh ich habe ich bin verheiratet, habe drei Kinder - - - der große Sohn ist sechsundzwanzig der zweite ist vierundzwanzig der kleine wird am *2. September fünfzehn; - - - dass wir jetzt zum Trinken kommen, ich habe bis - - zweiundzwanzig dreiundzwanzig Jahre nie einen Alkohol angeschaut obwohl: ich in einer Wirtschaft groß geworden bin, in einer Gastwirtschaft in der ich täglich mit dem Bier zu tun gehabt habe ausgeschänkt habe oder sonst etwas, - - - / da habe ich ein Bier getrunken wenn ich mit meiner Frau zu den Schwiegerleuten gefahren bin weil da war es Pflicht die haben alle ein Bier getrunken da wäre ich eine Ausnahme gewesen, - - - und das ist angegangen am Anfang wenn man dagesessen ist bei den Schwagern und Schwägerinnen hat man eines getrunken zwei getrunken na ja dann ist einmal einen ganzen Sonntag eine Familienfeier gewesen na ja drei vier fünf waren es oder was weiß ich; unter der Woche solange ich arbeiten gegangen bin habe ich keines getrunken, das Biertrinken habe ich eigentlich erst angefangen so richtig 1972,

I: hm

L: als der große Sohn einen Unfall gehabt hat, das ist so blöd gelaufen , da war die Frau hoch schwanger vom Kleinen der große Sohn hat acht Tage vor den großen Ferien einen schweren Unfall gehabt, den hat sein eigener Schulbus zusammengefahren, - - na ja sie war hoch schwanger dann ist am *2. September der Kleine auf die Welt gekommen dann habe ich daheim auch noch Arbeit gehabt Krankenhausbesuche für den großen Sohn, in die Arbeit gegangen, ich habe nicht mehr schlafen können ich habe ja auf Deutsch gesagt - - mich auf die Nacht betäubt!

I: hm

L: damit ich schlafen konnte; ja der Große war eineinhalb Jahre fast im Krankenhaus - - ja da ist der Große herangewachsen und Arbeit ist mir eigentlich kopfüber gestanden auf Deutsch gesagt; na da ist das losgegangen da ja das also zuerst war es nur auf die Nacht - - dann hat es mich auf den Nachmittag schon / dann ist es selbst in der Früh schon angegangen, na ja dann ist das so gegangen bis 1996 97 98, da habe ich am Tag kann ich sagen einen Kasten Bier getrunken, und geraucht: ohne Ende, na ja weil das einfach mit der Arbeit und mit dem Krankenhaus war und mit dem ganzen Zeug ich war platt und fertig, - - - na ja dann habe ich 96 noch einen Herzinfarkt gehabt - - das war dann das Ende vom Lied einfach überrannt komplett na ja ausgehängt halt dann, na ja dann mit dem Herzinfarkt da ist das war das war eigentlich da war ich im Krankenhaus dann war ich auf Reha dann bin ich heimgekommen dann haben sie mich nichts arbeiten lassen, na ja wenn man nichts arbeiten darf und mit der Zeit habe ich nicht so richtig umgehen können, dass man dasitzt und nichts macht na ja dann habe ich halt wieder getrunken: nach dem Herzinfarkt, das war dann bis 98 im Oktober da bin ich dann auf - - das erste Mal zur Therapie gegangen,

I: hm

L: // mir hat nichts mehr gepasst, ich war nicht mehr ansprechbar, ich habe zwar meine Arbeit gehabt aber (es folgt ein unverständlicher Satz), weil mir das nicht gepasst hat und das nicht gepasst hat und jenes nicht gepasst hat was weiß ich: weil mir gar nichts mehr gepasst weil ich unzufrieden: war;

I: hm

L: ja dann bin ich auf Therapie gegangen nach *Erlabrunn das ist bei *Würzburg am Main, - - vier Monate, ich war vier Monate auf Therapie ohne Rückfall oder sonst etwas, - - und dann bin ich nach Hause gekommen - - da war ich tatsächlich ein anderer Mensch: - - dann habe ich da: meine Probleme gehabt - - weil ich die waren mich anders gewohnt, weil zuerst habe ich zu ihnen immer gesagt 'ja das passt schon!' oder 'das kriegen wir schon!' oder da war ich einfach - - wie soll ich denn sagen? strenger zu mir: und zu den anderen auch, - - also zu den Familienangehörigen zu den Kindern zur Frau zu den Eltern also was zum ganzen Haus dazugehört hat; ich war dann von 98 bis 2000 trocken,

I: hm

L: dann habe ich wieder das Arbeiten angefangen also 99 oder 2000 habe ich das Arbeiten wieder angefangen, als ich halt wieder einigermaßen nach dem Herzinfarkt dann fit war, na ja - - dann habe ich das ist in der Arbeit da hat es Alkoholverbot gegeben ich bin wieder LKW gefahren, aber nicht mehr im Fernverkehr sondern Baustellenverkehr oder das war eine Firma die hat so Landschaftsarbeiten gemacht - - wir waren früh im Osten und Ding und manchmal

übers Wochenende na ja die haben als immer Bier getrunken na ja habe ich gedacht 'probierst Du auch wieder einmal eins kann ja nicht so wild werden!' na ja das war eigentlich das erste Bier schon /,

I: hm

L: kann ich komplett sagen, weil das ist ein paar Tage lang gegangen weil bei einem Bier, na ja und dann trinkst Du doch einmal auf die Nacht ein Bier ganz normal mittags eins trinken, na ja dann ist zum Feierabend gleich etwas getrunken worden dann ist es auf die Nacht nichts eines geworden dann sind es zwei drei geworden: na ja und dann war das Ding komplett schon wieder im Gange, das habe ich dann gemacht bis 2003 - - dann habe ich einen Schlaganfall gehabt - - dann habe ich noch einmal einen Herzinfarkt gehabt den habe ich jetzt gar nicht erwähnt, dann habe ich einen Schlaganfall gehabt da in der Arbeit, dann bin ich wieder auf Reha gegangen - - und aus der Reha da habe ich dann schon gemerkt das haut nicht hin: weil ich war halbseitig fast gelähmt ich habe schauen müssen dass das wieder intakt worden ist, ich habe ja da ich war da auch viel Zeit gewöhnt aber mich hat das gar nicht interessiert weil ich mich selber nicht: mit mir nicht zufrieden war!

I: hm

L: ich habe mir gedacht 'ich bin nicht mehr der der ich war!' - - na ja und so // da Ausgang und am Wochenende oder was da ist auch getanzt worden oder sonst etwas da habe ich war auch ein Bier getrunken aber einmal oder zweimal in der Woche ein zwei Bier und dann war Schluss: und als ich dann wieder von der Reha gekommen bin - - plötzlich habe ich eigentlich kann man sagen zu 95 Prozent bin ich hergestellt ab acht Wochen, das war eigentlich das hat sogar den Doktor gewundert dass ich so massiv: daran gearbeitet habe; dann war ich noch ein paar Tage krank dann habe ich das Arbeiten wieder angefangen und als ich das Arbeiten wieder angefangen habe - - war es schon wieder Scheiße weil ich habe gewusst schon davor: dass ich Bier trinke und Ding: und das das Anbieten und Ding und na ja dann habe ich wieder, ich habe zwar stark gebremst aber ich habe mir gedacht 'das haut nicht so hin!' dann bin ich 2004 nach Regensburg ins BRK habe so eine Kurzzeittherapie: gemacht - - - und da ist dann meine Mutter gestorben in der Zeit dann habe ich in der Zeit in der ich im BRK war bin ich auf die Beerdigung da habe ich aber, da war eine große äh - - - Trauergemeinde da und Sie wissen schon so Leichenschmaus und die haben alle getrunken und Ding und ich habe nichts: getrunken, habe mir gedacht 'das tue ich mir nicht noch einmal an!' na ja - - dann bin ich da raus dann war ich bestimmt - - ein Jahr trocken; na ja dann hat es gesundheitlich wieder mit dem Herz nicht hingehauen habe die Arbeit wieder nicht machen können, dann war ich wieder daheim na ja dann ist der Zyklus diesmal habe ich es aber nicht soweit kommen

lassen, ich habe mich so: zusammengerissen also ein Rausch war sowieso tabu manchmal ein Bier am Tag, - - wenn viel gearbeitet worden ist zwei drei vier Bier und das hat eigentlich geklappt: mein Sohn ist sowieso der große Gegner von Alkohol oder von den Biertrinkern, der mag es nicht generell nicht,

I: hm

L: und na ja ein Bier hat auch gar nicht zu Hause sein dürfen also er mag keine Bierflaschen sehen: der weiß scheinbar wie ich - - ausgesehen habe oder beieinander war wenn ich Bier getrunken habe, da war das Bier zu Hause im Kasten, das war verboten: das hat er mir verboten und ich habe es eingehalten!

I: hm

L: ich habe schon Bier getrunken aber (es folgt ein unverständlicher Satz); den Führerschein haben sie mir abgenommen nicht wegen dem Alkohol sondern zwecks krankheitsbedingt - - und da habe ich halt mein Problem gehabt ich habe das das Fahren mit einem LKW oder mit einem PKW oder mit einem Schlepper das ist in mir drin wie mein Herzblut,

I: hm

L: und das kribbelt halt und na ja vier fünfmal haben sie mich erwischt beim Fahren ohne Fahrerlaubnis und dann ist dieses Jahr im Frühjahr mein / gekommen ein bisschen etwas gemauert ein bisschen etwas verputzt, na ja dann haben wir eine / gehabt dann war ich / dann hat er einen neuen Roller gehabt: so den wollte ich auch noch probieren: na ja dabei einen Unfall mit 1,25 Promille was ich heute schwer bereue: aber ja das ist passiert ich kann es nicht rückgängig machen darum bin ich hier; das ist eigentlich meine Lebensgeschichte, ich komme mit den Kindern gut aus mit der Frau ist es nicht mehr so im Lot also da müssen wir uns etwas einfallen lassen - - und eigentlich das Wichtigste sind meine Kinder und das Allerwichtigste ist der Kleine, der ruft mich jeden Tag an wie es mir geht oder so und für den lebe ich eigentlich!

I: hm

L: weil die anderen brauchen mich nicht und dann ist das Thema eigentlich gegessen, er kommt nächstes Jahr aus der Schule Lehrplatz hat er schon - - passt eigentlich seinen gewünschten Lehrplatz auch noch: das was er wollte, das ist - - ich sage ich habe mein Leben eigentlich bloß wenn ich sage ich habe ähm für Familie eigentlich nie viel Zeit gehabt vor lauter Arbeit - - die haben mich bloß gekannt vom Arbeiten na ja dann als ich halt in der Trinkphase war da haben sie mich natürlich richtig: kennen gelernt und das will natürlich keiner mehr sehen dass ich so absacke weil da bin ich ein anderer Mensch wenn ich trinke; die haben mich lieber so wenn ich streng bin oder äh wenn ich meine Meinung sage so wie

ich es mir richtig vorstelle und denke ist ihnen lieber als wie wenn ich trinke und sage 'passt schon!' oder viel schmarrt man auch wenn man trinkt kommt auch heraus!

I: hm

L: was auch viel kaputt macht ist wenn man nicht konzentriert ist wenn man einfach 'ach das geht schon na ja!' (es folgt eine unverständliche Passage) das habe ich erlebt!

I: hm

L: will es nicht noch einmal erleben also muss ich ehrlich sagen weil wenn ich das sehe was da für / gemacht wurden in dieser Zeit sicher: äh der Alkohol hat mir geholfen: meinen Stress zu bewältigen aber sonst ///, - - - und das - - - ich hoffe dass wenn das jemand hört dass der dieselben Gedanken hat dass der auch in sich kehrt; so ich hätte es eigentlich!

I: ok ich hätte jetzt noch zwei Nachfragen!

L: ja?

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

L: - - ich habe nicht mehr klar denken können also mir war das eigentlich wenn ich ein bestimmtes Maß an Alkohol gehabt habe war mir das alles egal 'ach das geht schon geht schon geht schon!' obwohl man genau gewusst hat das geht gar nicht! oder schafft es nicht oder sonst etwas: also man übernimmt sich!

I: hm

L: - - weil da kann man das gar nicht mehr steuern was überhaupt Realität ist, - - - das geht nicht:

I: was hat sich denn durch die Therapien verändert?

L: - - - - ich habe wieder gelernt normal zu denken und äh - - und wieder ein bisschen mehr Sinn für Familie gehabt und das war in der nassen Zeit praktisch äh eine Nebensache geworden - - weil das hat man praktisch für selbstverständlich gefunden dass es so ist, die anderen haben es aber nicht: so angesehen, das ist so /, die haben das zwar geduldet: oder hinnehmen müssen oder sonst etwas aber die waren nicht einverstanden mit der Sache die haben gesagt 'na ja er ist halt wieder heute hat er schon etwas getrunken reden wir ihn lieber nicht an!' die haben manches nicht gesagt weil sie es sich nicht getraut haben weil sie gewusst haben wenn ich etwas getrunken habe entweder gehe ich auf: oder sage ich 'leck mich am Arsch!' oder sonst etwas; das war der größte Fehler von mir.

I: ok wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

L: - - die Zukunftsplanung die sieht so aus dass wenn ich hier hinausgehe dass ich trocken bleibe, auf meine Gesundheit besser achte, vielleicht auch einmal ich bin ja schon ein Rentner einen 400-Euro-Job und dass ich finanziell ein bisschen besser dastehe weil wenn man mit

siebenundvierzig Jahren in Rente geht aus gesundheitlichen Gründen dann ist das auch nicht gerade gut weil es nicht - - - das - - Grüne vom Ei das Gelbe vom Ei, aber ich muss sehen dass ich wieder einigermaßen auf die Füße komme; also war es einfach nichts: und das würde ich jedem empfehlen also jeder kann trinken was er mag aber ich habe /// und das ist nichts Gescheites, das kann ich ruhigen Gewissens sagen; normal immer wenn man etwas trinkt ja dann geht es einem besser, es geht einem nicht: besser weil am nächsten Tag sind die Sorgen ja dieselben: - - man kann es vertuschen: aber am nächsten Tag kommen dieselben Sorgen wieder! Jetzt man das jeden Tag vertuscht mit Alkohol da kommt überhaupt nichts Gescheites dabei heraus nur Quatsch - - und das ist das Problem des Alkoholikers weil er da nur Scheiße baut oder nichts mehr arbeitet oder sonst etwas.

I: ok danke.

Therapeuteninterview L

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: erzähle einfach - - die Lebensgeschichte und Suchtgeschichte!

T: äh Herr *Müller hat denke ich mir auch äh eine schwierige familiäre Situation durchgemacht, waren ein sehr kinderreiches Elternhaus, ländliche Strukturen, Herr *Müller hat meines Wissens nach einen kaufmännischen Beruf erlernt ähm musste aber dann auch im elterlichen Hof landwirtschaftliche Tätigkeiten bewältigen; ähm Herr *Müller ist jemand denke ich mir der sich sich äh auch immer etwas verschätzt hat in seinem Leistungsvermögen. Er hat zuletzt bei einem Bekannten gewohnt und war wohl mit dem Hof völlig überfordert. Seine Frau hat erzählt dass er den Hof über die Jahre „zusammengesoffen hat“ und runtergewirtschaftet hat. Der eine Sohn ist wohl dabei wieder etwas aufzubauen.

Ansonsten sind Selbstwert Selbstbewusstsein sehr niedrig, Anpassungsschwierigkeiten insgesamt; hmm - - - - Grundkognition relativ gut mittlerer Bereich würde ich einmal sagen.

I: welche Beeinträchtigungen kennst Du?

T: die dominanteste Beeinträchtigung bei ihm ist sicherlich äh seine Gesamtpersönlichkeit;; tendiert so ein bisschen zu einem Narzissmus, ist sehr schwelgerisch in seinem ganzen Verhalten, kann wenig auf auf den Punkt kommen, breites Spektrum an Themen vermischt sich, / sehr viel; - - teilweise ist auch bestehen auch Schwierigkeiten im Nähe-Distanz-Verhalten; versucht viele Sachen über äh kumpelhaftes Verhalten zu kompensieren, also da ist die Persönlichkeit schon sehr eingeschränkt, realistische Selbsteinschätzung in puncto eigenes Leistungsvermögen stark eingeschränkt.

I: was denkst Du was sich durch die Therapie bis jetzt verändert hat beziehungsweise auch durch alte Therapien die er gemacht hat?

T: ich denke dass es auch wieder sehr wichtig ist dass er Strukturen hat die sind vorher vollkommen weggefallen, sicherlich geht es auch um eine Aufarbeitung ähm bei persönlichen Problematiken, soweit ich das weiß ist die Ehe auch zerrüttet beziehungsweise wird geschieden, also sehr viel Beziehungsarbeit könnte da weiterhelfen; in der aktuellen Situation ist es ganz schwierig zu beurteilen inwieweit sich das schon verbessert hat weil er eigentlich sehr kurz erst da ist.

I: ok, Zukunftsplanung?

: - - - Zukunftsplanung würde ich sagen auch wieder eine berufliche Eingliederung auf einem niedrigen Belastungs- und Intensitätsniveau aber sicherlich auch verbunden mit klaren Strukturen; ich denke dass der Herr *Müller wenn er in diesen ländlichen Bereich zurückgeht in die alte Wohnsituation in die alte soziale Situation wenig Chancen hat das heißt es müsste wirklich ein kompletter Neuanfang beginnen mit neuer Wohnsituation mit neuer Arbeitsplatzsituation und äh eine psychosoziale Begleitung ist unabdingbar auch langfristig meiner Einschätzung nach.

I: ok danke.

Interview M

M = interviewte Person

I = Interviewer

I: nach Möglichkeit da hineinsprechen ja? dann erzählen Sie doch einmal eines nach dem anderen (es folgt eine unverständliche Aussage).

M: also angefangen hat es bei mir mit dem Trinken da war ich schon zehn Jahre alt - - - und na ja ich habe da von der Oma den Eierlikör gestohlen gehabt ja? weil ich gewusst habe wo er gestanden hatte,

I: hm

M: so hat es halt angefangen bei mir, und dann in der Clique halt mit zwölf dreizehn waren wir immer so eine Clique und dann haben wir da schon getrunken, da sind wir abends immer schon in die Keller eingebrochen und haben uns das Trinken herausgeholt ja? und in die Schule bin ich auch nicht gegangen; die Eltern haben gar keine Zeit gehabt, die Mutter der Vater war in der Arbeit die Mutter war jeden Tag putzen, und da waren wir jeden Abend und jeden Tag waren wir mit den Kumpels zusammen und haben halt getrunken ja? und das dann über Jahre hinweg ja? ja und als ich dann in die Arbeit gegangen bin die ganzen Dinger wo ich gearbeitet habe waren immer mit Alkohol ja? ///// in jeder Wirtschaft hast Du etwas zu trinken angeboten bekommen ja? - - - ja und so ist das dann halt weitergegangen in meinem Leben, ich habe immer getrunken jeden Tag, ich kann mich nicht daran erinnern dass es einen Tag gegeben hat an dem ich nicht getrunken habe ja? - - - ja was soll ich jetzt weitererzählen? - - - - - ich bin halt nie in die Schule gegangen, wenig halt, oft hat mich die Oma in die Schule gebracht, ich bin auch schon oft betrunken in die Schule gegangen: halt angetrunken halt ja?

I: hm

M: und mit fünfzehn sechzehn hat es halt angefangen dass Du gemerkt hast dass Du den Alkohol gebraucht hast ja? - - - ich bin so nervös ich weiß gar nicht richtig was ich erzählen soll!

I: (es folgt ein unverständlicher Satz)

M: es war halt immer cliquenmäßig ja? nur mit der Clique unterwegs und dann immer abends Feste gefeiert und so halt immer mit Alkohol halt; habe auch eine Beziehung einmal gehabt und die hat auch getrunken mit der war ich zehn Jahre zusammen da ist auch jeden Tag

getrunken worden, - - - ja ich kann nicht mehr sagen weil - - - ich habe halt jeden Tag getrunken. - - -

I: irgendwelche Beeinträchtigungen durch den Alkohol?

M: wie Beeinträchtigungen? körperliche oder wie?

I: zum Beispiel!

M: eigentlich so nichts! ich habe eigentlich immer schwer gearbeitet in meinem Leben: so - -
- mir hat das Spaß gemacht. - - - -

I: was hat sich denn durch die Therapie verändert?

M: die Therapie jetzt hier?

I: ja oder vorher!

M: ja verändert: - - - also von meinem Leben jetzt her hat sich nicht viel verändert: die erste Therapie die ich gemacht habe das war in *Regensburg das war zweitausend, und dann war ich eigentlich fast drei Jahre trocken gewesen, bin ich wieder in die Arbeit gegangen ja? und bin dann auch wieder in Kreise hineingekommen in denen getrunken worden ist, habe ich eine Freundin kennen gelernt in dem Kreis und (es folgt ein unverständlicher Satz).

I: und wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

M: es gibt überhaupt keinen Alkohol mehr: weil jedesmal wenn ich nur eine Flasche trinke kann ich nicht mehr aufhören ja dann bis zum Umfallen! - - - ich weiß auch nicht, steckt das irgendwie bei mir drinnen anders kann ich es nicht erklären, ich denke oft an Alkohol aber ich denke mir immer wieder wenn ich jetzt wieder mit dem Alkohol anfangen das wird immer schlimmer bei mir, immer schlimmer, jetzt am Schluss war ich soweit dass ich mich umbringen wollte ja? weil ich einfach die Nase voll gehabt habe, und ich möchte nicht dass das noch einmal passiert, auf keinen Fall nicht! dass ich wieder ein ganz normales geregeltes Leben führen kann ja? aber mit Alkohol geht das bei mir nicht, ich bringe das nicht auf die Reihe ich habe das sooft probiert, hat nie geklappt, es geht halt nicht. - - -

I: ok danke schön!

M: hat das jetzt gereicht?

I: ja das hat gereicht.

Therapeuteninterview M

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: so dann erzähle einfach einmal wie die Lebensgeschichte: und die Suchtgeschichte: vom Herrn *Mayer sich entwickelt hat!

T: also der Herr *Mayer kommt aus äh sozial sehr schwierigen familiären und und sozialen Verhältnissen - - es entstand äh sicherlich aus einer bestimmten Grundproblematik aus dem Elternhaus heraus, Herr *Mayer ähm ist in seiner ganzen Grundpersönlichkeit äh eher einfach strukturiert; Sonderschule, wurde auch oft vom Jugendamt in die Schule gebracht, wenig Zukunftsperspektiven; sehr früh mit dem Alkohol begonnen, der Alkoholkonsum hat sich nach und nach gesteigert; äh dann kamen so emotionale Problematiken dazu so mit Beziehungen zu Frauen und so weiter, hat das alles nicht so ganz bewältigt; Arbeitsplatzproblematik durch die relativ niedrige oder oder schwache: Schulausbildung; er hat auch aus einer längeren Beziehung einen Sohn zu dem angeblich Kontakt besteht. In seiner Familie war er unter seinen fünf Geschwistern oft das schwarze Schaf.

I: was hat denn der Herr *Mayer für Beeinträchtigungen durch den Alkoholismus?

T: der Herr *Mayer hat vielfältige Beeinträchtigungen - - sicherlich eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit, die einfache Grundstrukturierung ist eingeschränkt worden durch diesen äh extremen Alkoholkonsum, körperlich gibt es äh Einschränkungen, dann sind noch sekundäre Suchtfaktoren dazugekommen, starker Nikotinkonsum, wenig Strukturierung und so weiter, aber die wesentlichen Einschränkungen sind äh auf der persönlichen Ebene also Persönlichkeitsstruktur und Kognition.

I: ok, was hat sich denn durch die Therapie verändert bis jetzt?

T: beim Herrn *Mayer ist es so dass noch eine depressive Erkrankung dazukam mit äh Grübeleien mit ähm vermindertem Selbstwertgefühl Selbstbewusstsein sicherlich auch durch die äh berufliche Situation, und äh diese depressive Erkrankung scheint sich durch die Strukturen innerhalb der Einrichtung und auch durch die Arbeitsplatzstrukturierung, geregelter Tagesablauf, Ansprechpartner äh verbessert zu haben eigenen Angaben nach ist er äh nicht mehr so - - grüblerisch äh über negative Geschichten also so Negativprozesse vollziehen sich nicht mehr in solchen Dimensionen wie vorher.

I: wie siehst Du die Zukunftsplanung vom Herrn *Mayer?

T: also beim Herrn *Mayer denke ich mir dass er eine gute Chance hat langfristig wenn es nach einem strukturierten äh Stufenmodell geht zumindest äh für einen längeren Zeitraum trocken zu bleiben, ich denke dass es wichtig wäre dass er auch weiter Tagesstruktur bekommt äh wie gesagt Stufenmodell wäre sehr wichtig, WG, ambulant betreutes Wohnen, und gleichzeitig immer Beschäftigungen im Rahmen vielleicht von 400-Euro-Jobs oder Gemeindearbeiten; langfristig äh eine komplette Integration auf den ersten Arbeitsmarkt sehe ich kritisch.

I: danke Dir.

Interview N

N = interviewte Person

I = Interviewer

N: ich bin zu Hause aufgewachsen!

I: ja genau hier hineinsprechen.

N: ich bin zu Hause aufgewachsen war anderthalb Jahre zu Hause gewesen.

I: (es folgt ein unverständlicher Satz).

N: dann wurde ich vom Jugendamt mit anderthalb Jahren aus dem Elternhaus herausgeholt bin ins / gegangen, da war ich bis zum sechsten Lebensjahr, habe wenig mitbekommen in der Zeit das ist klar als Baby, - - dann bin ich mit sechs Jahren ins Kinderheim gekommen in Schirmitz in Leipzig, da war ich dann bis zum zwölften Lebensjahr na ja war mal gut mal nicht so gut war vom Diakonischen Werk aus war christlich erzogen mehr oder weniger die Leute und das ging bis zum zwölften Lebensjahr da bin ich dann auf / gegangen; mit zwölf Jahren hatte ich dann eigentlich auch schon die ersten Kontakte zu Drogen, erst rauchen dann eben Trips dann Heroin; bis ich dann straffällig wurde das hat nicht lange auf sich warten lassen, mit fünfzehn Jahren bin ich dann das erste Mal größer in Erscheinung getreten mit Heroin also aufgefunden worden mit mehreren Gramm, dann bin ich das erste Mal verurteilt worden nach / fünf Jahre sechzehn Monate; ja habe da aufgehört zu drücken also in der Zeit wo ich im Knast war, habe danach auch nicht mehr damit angefangen als ich aus dem Knast herauskam; ja von da an ging es dann eigentlich mehr oder weniger mit dem Trinken weiter, gelegentlich vorher habe ich auch getrunken aber nicht in der Regel: und danach ging es dann ziemlich schnell bergauf also mit dem Trinken, mal weniger aber dann ging es immer wurde es immer mehr; und meine letzten Entgiftungen die waren in Leipzig gewesen einundzwanzig zweiundzwanzig im Krankenhaus; dann bin ich 1984 aus Leipzig - - wollte ich wegziehen: nur ich bin immer wieder mit den Fixern zusammengekommen mit den Drogenabhängigen und habe da keinen Sinn mehr darin gesehen in Leipzig zu verweilen, dann bin ich aus Leipzig weggezogen wollte irgendwoanders ein neues Leben anfangen, bin dann dummerweise in einen Zug in Leipzig eingestiegen habe mir noch etwas zu trinken geholt für unterwegs bin dann habe dann soviel getrunken dass ich wie sagt man eingepennt bin und in München wieder zu mir gekommen bin und da war ich dann vierzehn Jahre gewesen in Stuttgart, kam ich nicht mehr heraus, Großstadt, ich meine (es folgt ein unverständlicher

Satz), auch alles mit Trinken Drogen Rauchen Tabletten gelegentlich, aber mehr oder weniger war es zum Schluss der Alkohol wegen dem ich mehrere Entgiftungen gemacht habe, die einzelnen Entgiftungen kann ich jetzt nicht mehr aufzählen - - das sind etliche gewesen mehr als zwanzig mehr als dreißig - - dann habe ich meine erste Rehatherapie hier in *Würzburg im Rehazentrum - - - in *Walldürn gemacht 1996, dann habe ich meine eigene Wohnung bekommen in *Landshut beziehungsweise das war vielmehr ein Haus gewesen was ich da hatte, da wurde ich dann auch wieder rückfällig, bin wieder in die Klinik gekommen habe dann wieder eine Entgiftung gemacht wieder in so ein Haus das war dann in der Therapieeinrichtung Augsburg, ja da auch nach Regensburg getürmt mit einer Freundin, wieder rückfällig geworden, wieder Entgiftung alles wie in Bayern wieder, auch wieder Rehazentrum diesmal war es die / gewesen, bin dann auch wieder rückfällig geworden auch wieder eine Entgiftung gemacht - - zwischendurch war ich bei äh in *Würzburg gewesen in der Psychiatrie neunzehn Monate, da bin ich eigentlich gesund herausgekommen auch wieder rückfällig geworden, dann bin ich nach *Weiden gekommen auch wieder Therapie vorher also Entgiftung vorher dann siebenundzwanzig Monate *Essen auch wieder // rückfällig geworden, ja und auf Anraten eines Bekannten des Herrn *Schwarz bin ich eben dann in Walldürn gelandet was heißt gelandet: ich muss sagen also wir hatten ja bisher ich bin jetzt ja etwas über zwei Jahre da, in der Zeit kann man sagen hat es mir viel: gebracht was heißt viel gebracht? hat mir auf jeden Fall etwas gebracht wo ich eigentlich ich wollte normalerweise gar nicht so lange bleiben, auf jeden Fall hat es mir etwas gebracht und ich vermisse die Zeit nicht hier gewesen zu sein, wie lange ich hier noch bleibe weiß ich nicht das steht nicht in den Sternen aber in näherer Zukunft wird es sich zeigen und dann setze ich meine Ziele auch wieder nach draußen hin, und das war es irgendwie.

I: ok, welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkoholismus gehabt?

N: - - - Beeinträchtigungen die sind bei mir eigentlich im Kopf eigentlich ziemlich zu suchen gewesen also ich sage einmal ich bin ziemlich vergesslich gewesen habe vieles vergessen es ist mir danach dann wieder eingefallen aber - -; es passiert mir heute noch sehr oft dass ich mir abends etwas vornehme und am nächsten Tag äh bin ich mir nicht mehr hundertprozentig sicher und muss erst einmal überlegen 'was hast Du Dir eigentlich für diesen Tag vorgenommen?' und dann fällt es mir auch wieder ein aber also vom Kopf her sind das schon irgendwie Einschränkungen.

I: hm, was hat sich denn durch die Therapie verändert?

N: - - - - also ich bin hier eigentlich mit gemischten Gefühlen hergekommen war ziemlich nervös gewesen (es folgt ein unverständlicher Satz), das hat sich auf jeden Fall gebessert und

dass ich nicht mehr so aggressiv eingestellt bin gegen andere Personen wie bevor ich hierher gekommen bin, dass ich gegen alle etwas gehabt habe und mich zu allem rechtfertigen musste und so das hat sich in den zwei Jahren auf jeden Fall gebessert.

I: und wie sieht Ihre Zukunftsplanung aus?

N: Ja meine Zukunftsplanung habe ich schon teilweise angesprochen und mit meinem Betreuer auch vor zwei Tagen besprochen dass ich mir erst einmal die WfB (Werkstatt für Behinderte) anschauen werde schauen ob das überhaupt das Richtige für mich ist ob ich da überhaupt eine Perspektive sehe dass ich das auch hinbekomme dahin zu gehen und es mir auch Spaß macht, und Arbeit zu finden ist bei mir jetzt auch eine Hüftsache dadurch dass ich Einschränkungen habe durch zwei Hüftgelenke, ja, wird man sehen mit der Arbeit da kann ich jetzt im Augenblick noch nicht viel dazu sagen.

I: ok danke.

Theapeuteninterview N

T=Interviewte Person

I=Interviewer

I: Wie hat sich das Leben und die Krankheit von Herrn Bernhardt entwickelt?

T: Herr N ist nach seinen Angaben in eine Familie geboren die Drogen- oder Alkoholabhängig waren, also seine Eltern konnte sich nicht um ihn kümmern, er kam nach mit 1,5 Jahren in ein Erziehungsheim, zusammen mit seiner Schwester -- zur Schwester hatte er mal Kontakt, zu den Eltern gab es außer einem gescheiterten Kontaktversuch keinen Kontakt, er hatte mal versucht sie anzurufen, es ging aber keiner hin.

I: hm

T: Herr N hat im Jugendlichen Alter bereits mit Drogenkonsum und Alkohol begonnen ---- er hat eine Lehre absolviert und danach ist er immer weiter abgestürzt, er hat lange Zeit auf der Straße gelebt. Neben illegalen Drogen hat er auch zunehmend Alkohol konsumiert, dies ging soweit, dass er in Ansbach im Leberkoma gelegen ist und fast an den Folgen seines Alkoholkonsums gestorben ist, er hat die letzten 10 Jahre eine ganze Reihe von Soziotherapien besucht, wurde aber immer wieder rückfällig.

I: hm

T: Beim letzten Rückfall scheiterte ein Versuch in einer betreuten WG zu wohnen, er hat sich da da auch sehr hoch verschuldet mit Handyrechnungen und anderem Zeug hat aber dafür kein Bewusstsein.

I: Welche Beeinträchtigungen hat Herr N durch seinen Alkoholismus?

T: Also bei ihm sind kognitive Beeinträchtigungen da, er kann sich Dinge nicht so gut merken und ist auch von der Flexibilität sehr eingeschränkt, ich denke auch dass er von der Persönlichkeit her Beeinträchtigungen hat, er ist teilweise sehr distanzlos, er ist halt allgemein sehr antriebslos, bei ihm ist es für mich aber fraglich ob das hirnganisch bedingt ist oder ob er einfach nur faul ist.

I: Was hat sich durch die Therapie verändert?

T: das ist bei ihm schwer zu sagen --- natürlich hat es sich stabilisiert und war abstinent und hat sich somit körperlich erholt. Ansonsten ist er einfach so therapieerfahren, dass er sehr genau weiss, was er sagen muss, damit die Therapeuten zufrieden sind und ich glaube da

verbirgt er auch viel, von seiner Geschichte her hat er sicherlich sehr frühe Störungen und Defizite an Zuwendung in der Kindheit erhalten, ich glaube, ihm tut einfach die therapeutischen Gemeinschaft gut, weil er Leute um sich herum hat.

I: Wie sieht die Zukunftsplanung von Herrn N aus?

T: er möchte ins ambulant betreute Wohnen und in der WFB arbeiten, ich glaube, dass er das nicht schaffen wird und wieder scheitern wird, weil der einfach auf einen stationären Rahmen angewiesen ist, er kann nicht akzeptieren, dass er einfach manche Dinge nicht schafft.

Interview O

O = interviewte Person

I = Interviewer

I: sagen Sie einmal etwas!

O: mein Name ist *Herbert *Müller.

I: ok ok, und versuchen Sie möglichst in das Gerät hineinzureden!

O: ok ja!

I: dann erzählen Sie einfach einmal wie sich Ihr Leben und Ihre Krankheit entwickelt hat!

O: ja! - - los ging es mit zwölf Jahren ungefähr - - na ja unter Freunden - - - so in der Clique halt - - ist man neugierig geworden, hat man das Rauchen angefangen - - - und dann haben wir gesagt 'na ja nehmen wir uns da einmal so einen Rotwein mit!' damals Dreiliterflasche - - dieser italienische Rotwein na ja ist egal, - - 'na ja: da nehmen wir eine Flasche mit!' und dann sind wir - - haben uns halt ein Versteck gesucht und dann haben wir angefangen - - zu trinken: - - also was heißt zu trinken: zu probieren: - - äh dem einen oder anderen ist es nicht bekommen dann hat man gespeit also;

I: hm

O: damals habe ich es sein lassen - - es war halt so gewesen, - - - aber da wollte ich nichts davon wissen da war ich immer so 'mit Alkohol habe ich sowieso nichts am Hut!' - - richtig los ging es dann - - in der Lehre: - - ich bin mit vierzehn in die Lehre gekommen - - als Kellner sagen wir einmal ganz einfach - - und tja - - - - die Älteren die im dritten Lehrjahr zweiten Lehrjahr waren also nicht alle aber viele die haben dann - - nach dem Dienst - - Bier getrunken - - na ja und dann hat man mitgemacht 'trinke halt auch eines!' 'ja!' - - und dann hat man gespielt Kampfspiele gemacht oder nach der Arbeit und ja - - Spiele gemacht, das war dann aber auch nicht alltäglich sondern - - - - /,

I: hm

O: ich habe das auch nicht vertragen - - dann hat es einen älteren Kellner gegeben der hat gesagt 'komm wir gehen hier baden alle!' die hatten eine Flasche Bacardi mit äh Campari mitgenommen mit Orangensaft - - da ging halt eines nach dem anderen - - - und dann hat man das getrunken und dann ging es mir sauschlecht und ich habe gesagt 'ich will das ja gar nicht!' - - 'ja: mache nur!' und 'das wird schon das ist kein Problem alles doch kein Problem!' ja aus der Lehre: dann komme ich nach München - - - im *Schönitz habe ich gearbeitet,

I: wo?

O: im *Schönitz in München!

I: das ist ein Lokal?

O: das ist ein Restaurant!

I: ein Restaurant hm!

O: da war es mit Alkohol wieder da war gar nichts!

I: hm

O: also da war - - striktes Verbot und nach der Arbeit war man fertig kaputt - - also da habe ich es dann sein lassen, fiel mir auch nicht schwer: wie gesagt es fiel mir überhaupt nicht schwer ich war froh - - und tjä; nach dem Restaurant bin ich dann aufs Schiff und von da an ging es bergauf mit dem Alkohol - - weil da war es gang und gäbe, sowie ich angekommen bin musste man das ganze Schiff putzen und herrichten und und vorbereiten - - und da ist während der Arbeit und nach der Arbeit so richtig kernig losgegangen, ich war damals achtzehn Jahre alt!

I: hm

O: ich das war für mich totales Neuland da - - ja nun - - - man gewöhnt sich daran - - - das dauert eine Woche dauert zwei Wochen dauert einen Monat - - das geht so: dahin dann wird es zur Gewohnheit - - - dann trinkt man geht man schon automatisch abends und dann und dann Dienst: was natürlich der Chef nicht sehen darf aber die anderen: - - trinken alle nur der Chef darf es nicht sehen wissen: tut er es denn selbst der hat getrunken; ja das war insgesamt der große Einstieg zum Alkohol; - - - - nachdem ich auf dem Schiff war auf der *MS Deutschland kam ich zur Bundeswehr ebenso gefährlich! die einen nehmen das als 'ja wenn man bei der Bundeswehr ist dann muss man ja das gehört dazu!' und so habe ich natürlich wieder gleich dazugehört!

I: hm

O: Morgenpause neun Uhr fünfzehn früh ab in die Kantine: ging es schon los!

I: hm

O: und das was man in der Zeit wo die Kantine geöffnet hatte beziehungsweise wo wir die Pause gehabt haben nicht geschafft haben (Versprecher) haben wir uns Flaschen besorgt und haben es da mitgenommen - - und wenn man auf äh äh - - irgendwelchen - - wie soll ich sagen wenn man so äh so vier Wochen weg war mit - - mit der Bundeswehr - - da hat man dann sowieso unterwegs und während immerzu:

I: hm

O: - - - ja nach dem Schiff nach der Bundeswehr bin ich dann wieder aufs Schiff auf die Europa - - MS Europa - - da waren wieder Bekannte die mit mir vorher schon auf der *MS Deutschland waren und da ging es wieder ging es wieder von vorne los, beziehungsweise nicht von vorne los, da ging es weiter!

I: hm

O: - - - ja und dann bin ich in den Strudel hineingekommen das ist wenn ich so richtig überlege das war dann schon fürchterlich: - - - man will es erst einmal gar nicht wahrhaben: - - - aber jetzt die Zeit wo ich hier bin in *Waldbüttelbrunn: - - - und darüber nachdenke - - war es schon - - schlimm: - - - dann nach dem Schiff nach der Europa - - bin ich dann nach Hause - - zu meinen Brüdern das heißt zur Familie: - - - und ja da hat sich nichts verändert Trinkgewohnheiten sind geblieben; dann habe ich mich selbstständig gemacht eine Pilsbar aufgemacht in *Würzburg das ist in der Nähe von *Zellingen wo ich wohne - - da ja nun da hat man den Bock zum Gärtner gemacht, da war ich gleich wieder - - mittendrin und der Chef obendrein noch: - - - also meine Arbeit und das Geschäft ging wunderbar: also meine Steuerberaterin hat gesagt 'Herr *Müller das ist - - was da umgesetzt wird und das funktioniert!'

I: hm

O: und bei mir hat es auch funktioniert ich habe auch dazu beigetragen zum Umsatz!

I: hm

O: na ja dann habe ich halt mitbekommen da will ich mir noch jemanden holen so einen Studenten oder Studentin die mir die Arbeit leichter macht - - ist ist nicht schlecht das war nicht schlecht weil da habe ich noch mehr Zeit gehabt zum Trinken - - ich meine ich habe die Arbeit schon gemacht: und ich war immer da und habe aufgepasst: nur: ich habe sehr viel Zeit gehabt zum Trinken und das da habe ich ja fast schon Blackouts gehabt - - danach dann wenn schluss war war bei mir auch schluss: - - - tja dann habe ich die Kneipe aufgegeben habe ich eine aufgemacht in *Zell da habe ich gedacht 'wenn ich die nächste aufmache ist es besser!' - - mit meiner Frau ich habe zwischenzeitlich geheiratet gehabt

I: hm

O: na da hat sich auch nichts geändert: - - gut - - das Restaurant da macht man Essen aber da gibt es auch ein Bier und Wein und - - ja das war - - tja wie soll ich sagen? - - genauso schlimm noch schlimmer es wurde immer mehr: und ich habe gedacht ich war einfach - - runter: - - - tja und dann ging ich noch einmal aufs Schiff nach dem Restaurant weil ich mit dem Restaurant ziemlich Unkosten ja ziemlich Miese gemacht habe da hat meine Frau gesagt 'so geht es nicht weiter!' also ich habe selbst gesehen dass es nicht weitergeht - - 'wo

verdiene ich am meisten Geld?' ja am Schiff - - also ich wieder vorgestellt beziehungsweise 'kann ich kommen?' 'ja Herr *Müller wir kennen Sie kommen Sie!' da war ich dann neun Jahre äh oder zehn? - - - und - - da hat es mir dann gerade den Rest gegeben!

I: hm

O: weil dann wurde es wirklich ja das ist schon exzessiv so richtig volle Kanne und sieben Jahre hat ja - - später als ich angefangen habe sind dann die Chefs schon zu mir gekommen und haben gesagt 'Herr *Müller Sie arbeiten gut wunderbar: nur der Alkoholkonsum ist das merkt man: riecht man!' und das soll ich einstellen oder ich soll auf Therapie: auf Entzug und dann Therapie; ich habe das damals nicht verstanden ich habe mich angegriffen gefühlt, ich habe gesagt 'ich: mir fehlt doch nichts!'

I: hm

O: 'mir geht es doch gut: die Arbeit der Stress man muss doch etwas trinken!' ja ja: man kann ja etwas trinken - - - (ein Handy klingelt und unterbricht das Interview kurz) ja man kann ja etwas trinken aber nicht in dem Maß und ich sehe das; ja aber man versteht das nicht soviel und ähm dann haben sie mich so gedrängt ich soll gehen dann habe ich gesagt 'nein: ich gehe nicht!' ich habe dann auch - - reduziert - - aber es hat auch nichts geholfen - - hinausgeworfen haben sie mich nicht: ja und dann wurde das Schiff verkauft oder ausgeflaggt wie das war, wir sind alle entlassen worden (ein Handy klingelt erneut und stört das Interview)

I: Entschuldigung!

O: das macht doch nichts: wir sind alle entlassen worden und die ähm ja das ist ausgeflaggt worden das Schiff andere Verträge und so weiter und so fort, da wollte ich trotzdem wieder einsteigen da haben sie gesagt

I: jetzt muss ich noch einmal fragen ich habe den roten Faden verloren! Sie haben praktisch die Entgiftung und die Therapie nicht gemacht?

O: nein: weil ich gedacht habe 'die wollen Dir etwas antun!' ich habe das ja nicht gekannt - - hätten die mir damals gesagt wie das funktioniert oder; ich habe gedacht das ist eine Bestrafung: - - ja Therapie: - - äh Entzug das war für mich wie Gefängnis oder; ich habe es nicht verstanden: - - - ja da habe ich bin ich nach Hause das zwar zweitausend - - - tja dann war Arbeitslosigkeit - - meine Brüder haben ihre festen Leute eingestellt gehabt - - oder die Frauen waren da war alles da also, - - na ja und bei mir ging es ja feucht-fröhlich weiter Arbeitslosigkeit ab und zu einmal da geholfen ab und zu einmal dort aber es war nichts Festes - - - bis ich dann - - äh ein Ding gehabt habe wie nennt man das? äh - - - - na es fällt mir nicht ein - -

I: Psychose Wahn Paranoia?

O: äh äh

I: Delir?

O: Delir: jetzt weiß ich es: ein Delir Delir gehabt weil man da ja Geschäft; also ich habe Wahnvorstellungen gehabt Leute gesehen und - - - also schlimm da hat meine Mutter mich gleich zum Doktor nach / das ist fünf Kilometer weit von uns entfernt und der hat dann gleich gesagt 'nach *Rottenbauer!'

I: hm

O: und da haben sie mich dann ja zum Entzug und nach dem Entzug bin ich dann gleich nach *Neustadt Aisch - - zur Reha - - - da war ich vier Monate, habe ich auch gut durchgehalten, mich hat es auch nicht nach Alkohol - - hingezogen,

I: hm

O: ganz komisch aber war einwandfrei: - - und dann komme ich wieder heraus - - - und habe ich gesagt 'ja ich nehme gleich eine feste Stellung an!' und so habe das richtig fest vorgehabt und als ich daheim war - - da habe ich dann ein bisschen geholfen: und dann mehr geholfen und habe ich das Trinken wieder angefangen - - und dann war es mit dem festen Job schon einmal gleich wieder passé; da hat es mir gefallen - - ich musste nicht so recht viel was ich da; das ist für sein: Geschäft rausgeschmissen haben sie mich auch nicht: und äh zugeschaut haben sie nur beim Trinken; es ging dann wieder von vorne los das hat dann zwei Jahre gedauert dann - - - bin ich dann selbst zum Doktor - - der hat mich dann wieder zur zum Entzug auf eigenen Wunsch habe ich gesagt 'ich muss da wieder hin!' dann noch einmal war ich dort - - - tja die vier Monate wieder gut überstanden kein Problem; - - - ja wie soll ich jetzt weitererzählen? dann ging es wieder: dasselbe Spiel von vorne!

I: hm

O: ohne Ende! - - - tja und das dritte Mal jetzt - - da habe ich bin ich dann gleich: nach *Rittershof haben; so früh morgens meine Schwägerin hat mich hingefahren - - und da habe ich gesagt 'ich muss jetzt dableiben ich brauche jetzt den Entzug ich halte es daheim nicht aus ich will hinterher eine Therapie und wenn es die letzte ist und dann will ich auch nicht mehr nach Hause sondern ich muss dann weg!'

I: hm

O: ja: - - - und so war der *Rittershof; dann haben sie mir gesagt nach Neustadt kann ich nicht mehr die nehmen mich nicht mehr!

I: hm

O: dreimal geht nicht mehr: und da haben sie mir angeboten nach Walldürn

I: hm

O: zu gehen und dann habe ich gesagt 'ja - - mache ich gerne!'

I: hm

O: Hauptsache ich bin weg: und jetzt bin ich da! - -

I: welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

O: - - - ähm ja in den Beinen - - - äh ich habe schon ein Gefühl in den Beinen aber wie sagt man? wie taub!

I: Polyneuropathie!

O: Polyneuropathie genau - - - ja ich äh ich müsste eigentlich von der Arbeit her ich kann es nicht beurteilen: ob ich da nachgelassen habe oder - - weil wie gesagt ich kann das selber nicht machen: vom Denken her ich glaube kaum ich glaube nicht weil ich habe - - wenn ich zu Hause bediene beziehungsweise einteile oder ich habe das schon im Griff: - - das also da kann; vom Schreiben her oder vom Lesen her ja vielleicht merken dass das ein bisschen das nachgelassen hat das kann sein; - - - tja was gibt es noch? - - ich wüsste jetzt nicht was ich; ich habe meine Ehe ruiniert damit das könnte ich noch dazu sagen - - -;

I: hat sich Ihre Frau dann scheiden lassen?

O: sie: hat sich scheiden lassen - - die hat gesagt 'Schluss!' ich war ja selten zu Hause sagen wir einmal so: - - aber das Selten-Zu-Hause-Sein und wenn ich zu Hause war war ich betrunken oder habe gefeiert eben weil: ich zu Hause war - - das hat alles nicht zusammengepasst - - dann haben wir uns scheiden lassen - - tja aber das hat mir nicht weh getan oder ich habe deswegen nicht getrunken - - das war dann kein Problem; der Sohnmann ist war alt genug zwanzig - - - tja - - - (es folgt ein unverständlicher Satz), diesmal mache ich es wirklich das hat meine Mutter eingesehen meine ganze Familie dass es so nicht geht: - - ja ich suche mir eine nette Wohnung ich habe ja wie gesagt mit meiner Familie schon gesprochen - - ich habe gesagt 'Ihr müsst mich unterstützen dass ich einen festen Sitz bekomme einen festen Halt!' - - und ich habe gesagt 'Ihr müsst mehr diktieren zeigen!' also durchgehen muss ich selbst - - - sie haben gesagt 'wir freuen uns dass Du zu uns kommst und dass Dir das hilft und wir machen das!'

I: hm was hat sich denn durch die Therapien verändert?

O: also ich muss sagen von einer Therapie zur anderen das ist immer besser das ist schon besser geworden und vor allem also das - - - das Verständnis zum Alkohol wie sagt man denn da? das äh - - was es anrichten kann das ganze äh - - - wie soll ich das erklären? - - man wird immer gescheiter man wird immer mehr hingeführt sie haben einmal gesagt 'einmal wird wohl nicht reichen!' - - - zweimal: der eine da reicht auch das nicht der muss dreimal!

I: hm

O: das wird immer besser; irgendwann wird man wohl auf den Trichter kommen und wird sagen 'also jetzt ist aber wirklich einmal Ruhe!' - - und ich werde fünfzig dieses Jahr - - jünger werde ich auf jeden Fall nicht mehr und äh wenn ich jetzt keine Arbeit bekomme und ich bekomme ja eine so ist es nicht: - - und wieder rückfällig werden sollte dann geht es bergab also richtig: das mache ich nicht!

I: hm

O: das würde mir schon Angst machen! - und jetzt gut dass es mir schlecht geht also der Gedanke: dass ich Angst habe dass wenn ich rückfällig werde dass es schiefgeht also dass es mit dem Leben total schiefgeht das ist gut dass ich diese Angst habe - - das ist wie - - äh wenn ich neben neben Walldürn neben Ihnen eine Stelle hätte und die Wohnung auch gleich daneben also da hätte ich schon so viel Angst - - das ist gut dass ich etwas trinke (Versprecher) weil ich denke 'da ist jemand da schaut mir einer zu!' - - und so etwas brauche ich ich brauche eine Gruppe an die ich mich anschließe die mich immer wieder - - - also festigen - - - und; ja das habe ich vorher nicht gemacht ich habe mich keiner Gruppe angeschlossen das war auch ein großer Fehler - - ich schaffe das schon ich mache das schon - - schafft man es nicht schafft man es nicht: - - - aber jetzt muss es sein!

I: hm

O: das war es!

I: vielen Dank!

Therapeuteninterview O

T=Interviewte Person

I=Interviewer

I: ...dann erzähl doch einfach mal

T: über Leben und Krankheit?

I: Ja

T: also der Herr O. ist in einer Familie mit vielen Geschwistern aufgewachsen, er ist glaube ich nicht der jüngste. Jedenfalls war in seinem Leben ganz entscheidend, dass er zweimal für längere Zeit auf einem Schiff gearbeitet hatte --- dort war es nach wohl ein Stückweit normal, dass man schon während der Arbeitszeit getrunken hatte und vor allem auch in der Freizeit, er hatte dann mal ne Zeit wo er hier war - - also auf dem Festland, wo er versuchte in der Gastronomie Fuß zu fassen aber das war dann auch nix,

I: hm

T: weil er immer mitgetrunken hat, und er ging dann wieder aufs Schiff und da begann das alte Spiel von neuem. Er war verheiratet und hatte dann ziemliche Eheproblem bekommen, weil er kaum daheim war. Allerdings erzählt er, dass eben daheim auch unterwegs war, die ganzen Kumpels besuchen und dann hat er auch wieder getrunken - - schließlich ging dann die Ehe in die Brüche, was er immer sehr nüchtern beschreibt, er hat auch einen Sohn aus der Ehe --- allerdings habe ich da noch nicht so genau erkennen können ob da viel Kontakt besteht, naja. zuletzt war er dann lange Arbeitslos, glaube die letzten 7 Jahre und die Scheidung war so vor fünf Jahren.

I: hm

T: er hat zwei 4 Monatstherapien gemacht, ist aber nach kurzer Abstinenzphase wieder rückfällig geworden, er hat dann in einem Zimmer in der Wirtschaft bei seinen Eltern gelebt und muss wohl getrunken haben, die Angehörigen haben auch ziemlich die Schnauze voll von ewigen Versprechungen und unrealistischen Vorstellungen so nach dem Motto „und morgen höre ich auf und suche mir eine Arbeit“ --- aber ich glaube er ist wirklich extrem süchtig, und es gab gewaltigen Stress mit Brüdern und Schwester, die eine Schwester wurde ja auch Betreuerin, natürlich gegen seinen Willen - - er wollte auch hier schon nach kurzer Zeit gehen, was völlig schief gegangen wäre ohne sichere Wohnung und ohne Planung, er brauch wirklich eine langfristige Therapie im Moment muss er noch viel an sich arbeiten um stabil zu

werden, vor allem habe ich den Eindruck er will innerlich gar nicht wirklich aufhören, ihm hat das glaube ich auch gefallen, ich erinnere mich, dass ein Angehöriger erzählt hat, dass er zuletzt immer gerne Wanderungen gemacht hat mit einem Rucksack voller Bier.

I: Welche Beeinträchtigungen können Sie bei Herrn O. feststellen?

T: naja die kognitiven Fähigkeiten sind zumindest nach den Testergebnissen noch im Normbereich, also was so Gedächtnis und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit angeht, die Flexibilität ist aber auch deutlich eingeschränkt, vor allem konnten wir beobachten, dass die Leistungsfähigkeit, also wenn er was längere Zeit machen muss deutlich reduziert ist, er wird dann langsamer und stößt an seine Grenzen der Belastbarkeit, was mir auch auffällt ist, dass er extrem vorsichtig und unsicher wirkt aber ob das eine Folgeschädigung ist oder schon immer so war weiss ich nicht. Kann mir aber gut vorstellen, dass es ne Folge vom Trinken ist.

T: Was hat sich denn durch die Therapie geändert?

I: also spontan würde ich sagen nix!! in der kurzen Zeit hat sich eigentlich noch nichts geändert ---- also das er Trocken war die ganze Zeit das ist natürlich super und sich gesundheitlich stabilisiert hat was ja auch ne wichtige Leistung ist oder Erfolg, er ist halt noch in so nem Zwischenzustand und schwankt ob er bleiben soll oder nicht, er ist sehr ambivalent aber auch extrem süchtig

I: Wie sieht die Zukunft des Herrn O aus?

T: also wenn er bleibt und sich wirklich für ne längerfristige Therapie entscheidet, dann würde ich sagen hat er gute Chancen noch mal ein gutes Leben zu führen, wenn er abbricht, dann sehe ich schwarz, weil er einfach so auf der persönlichen Ebene sich nicht wirklich über seine Probleme bewusst ist und über die Rückfallgefahren ---- das is alles ziemlich realitätsfern, also wenn er bleibt und dann so den Weg über betreutes Wohnen wählt dann hat er gute Chancen.

Interview P

P = interviewte Person

I = Interviewer

I: sagen Sie einmal irgend etwas!

P: ja: (es folgt ein unverständlicher Satz)

I: also erzählen Sie einfach einmal über Ihr Leben und die Krankheit!

P: na ja also aufgewachsen bin ich bei meiner Tante; - - ja weil meine Eltern waren beide berufstätig haben alle beide in einem Schichtbetrieb gearbeitet darum war ich bei meiner Tante immer,

I: hm

P: und auch meine Oma und so hat mich aufgezogen die hat bei meinen Eltern also bei uns mitgewohnt; dann meine Lehrzeit die war recht schön: ich bin Bäcker ich bin fröhs immer gerne aufgestanden habe auch die Lehre abgeschlossen und dann noch ein Jahr drangehängt; und dann habe ich bei meinem Vater in der Fabrik das Arbeiten angefangen auch als Schichtarbeiter, so eine *Fertigmenüfabrik war das ja da war ich auch einige Zeit; und dann hat mich mein alter Chef wieder angerufen in der Bäckerei da bin ich dann wieder Retour (es folgt ein unverständlicher Satz); und dann habe ich meine Frau kennen gelernt ja geheiratet Kind; und dann ist der ganze Umbau alles gekommen von dem Haus bei ihrer Oma und dann hat das Problem also begonnen mit dem Alkohol, die Arbeit dazu (es folgt ein unverständlicher Satz), und das ist mir dann auch irgendwie alles zuviel geworden und ich war da mehr in der Arbeit als zu Hause - - na ja sie ist dann auch nie weggegangen ich war dann nur noch besoffen zu Hause herumgehangen, bin dann auch besoffen in die Arbeit gekommen das haben die dann auch gemerkt ist ja klar, - - na ja - - ja dann ist die Scheidung - - dann zu Hause bin wieder zurück nach *Fürth umgezogen wo ich dann zuerst bei meinen Eltern habe ich da gewohnt, dann ist uns das Haus abgebrannt - - na und ich immer Alkohol getrunken getrunken getrunken bis ich dann überhaupt keine Arbeit mehr gehabt habe; da haben meine Eltern natürlich auch gesagt 'jetzt suche Dir eine Arbeit oder Du fliegst bei uns: raus!' - - und das ist auch passiert: bin ich rausgeflogen, - - - dann habe ich eine Arbeit gefunden als Schausteller wo ich dann sechs oder sieben Jahre gearbeitet habe da habe ich natürlich auch gesoffen: - - - als ich da aufgehört habe bin ich wieder Retour gekommen nach *Fürth - - - na ja in die eigene Wohnung - - gesoffen keine Arbeit mehr gefunden, - - - dann

in *Fürth habe ich mir dann so /// habe ich mir dann so Kleinigkeiten im Garten oder beim Tapezieren habe ich denen geholfen - - - bis ich dann zum Schluss - - - dann so komisch in einen Nachbarort gekommen bin das sind auch zwei Alkoholiker und da habe ich mich dann zusammengerichtet, da bin ich dann umhergegangen ich habe nicht mehr gewusst was ich mache - - - und dann ist der Chef gekommen egal: Therapie Entzug alles: - - und dann ist - - dann habe ich meine Mutter angerufen die ist dann auch gekommen und hat mit mir darüber geredet wie es weitergeht und so ob ich dann Therapie mache, habe ich auch lange überlegt zuerst 'mein Gott bin im Entzug! und dann wird es schon wieder werden wenn ich wieder Arbeit finde!' aber dann mein Schermut und so; Maltherapie und so; und dann war es gut dass ich da nach Walldürn gegangen bin und die haben mir dort sehr geholfen. - - - -

I: was haben Sie denn für Beeinträchtigungen durch den Alkohol gehabt?

P: ja Beeinträchtigungen das war das mit dem Laufen - - äh ich habe nämlich mit dem linken Fuß nicht mehr laufen können der hat gemacht was er wollte - - - das ist richtig schwer; und dann Zigaretten besorgen vielleicht fünf: Meter bis zum Automaten und dann habe ich nicht mehr laufen können da ist nichts mehr gegangen - - - - besser ist es nicht gelaufen!

I: hm sonst noch irgendwelche Beeinträchtigungen?

P: so habe ich eigentlich nichts gehabt!

I: hm

P: na ja dass ich ab und zu einmal Gespenster gesehen habe na ja das - -

I: im Entzug?

P: im Entzug ja!

I: hm

P: das war dann (es folgt ein unverständlicher Satz) als ich in der Nacht geschrien habe das ist nichts gekommen, da habe ich auch einen solchen Wahn gehabt!

I: hm

P: das habe ich aber dann am nächsten Tag erzählt und dann - - - - aber das war eine schlimme Zeit - - - - da hat mich auch kein Freund oder irgend etwas besucht da ist niemand gekommen!

I: hm

P: da sind bloß meine Schwester meine Mutter und mein Vater gekommen zu Besuch und einmal war eine Bekannte dabei das war alles die anderen wollten eigentlich gar nichts wissen von mir mit denen war ich immer so in der Kneipe oder so etwas aber da ist niemand gekommen, mit meinem Bruder war es nichts - - - -.

I: was hat sich denn durch die Therapie verändert?

P: also mir gefällt: eigentlich: jeder: Tag: gefällt: mir: das ist wie Frühjahr; ich meine ich bin im Bett umher und schaue und habe noch Fernsehen oder so man kann doch / auch in der Küche: das ist optimal; jetzt komme ich /// ich war am Bauernhof schon oben bei den Pferden das ist super: ist das!

I: hm

P: wie die; finanziell ist es auch geregelt, es läuft, besser kann man es gar nicht erwischen!

I: hm, gibt es noch etwas das sich verändert hat in der Zeit in der Sie da sind?

P: ja gesundheitlich ich fühle mich halt einfach besser: es ist das mit dem Bein ist fast ganz weg, ab und zu geht es ins ganze Gerippe hinein aber das ist nicht der Rede wert!

I: hm

P: und mir geht es richtig gut: gesundheitlich - - - ich kann wieder ziemlich gut schlafen was ich zuvor nicht gekonnt habe na ja mit dem Alkohol eigentlich schon aber dann ist wieder der Entzug und alles was da hast Du kein Auge zugemacht; - - und auch so über so grübeln: ist heute auch was besser geworden ist (es folgt eine unverständliche Passage);

I: hm

P: aber sonst? mir geht es gut.

I: wie sieht denn die Zukunftsplanung aus?

P: Zukunft na ja: ich wollte sagen ich muss schauen inwieweit ich auch bis nächstes Jahr bleibe ja? solange ich halt jetzt noch hier bin und dann muss ich schauen klappt es mit mir dass ich selbstständig werde wenn ich rauskomme, traue ich es mir zu? wenn nicht dann bleibe ich noch hier: und dann möchte ich gerne auch wieder eine Stelle als Bäcker das auf jeden Fall; dann auch eine Wohnung und wenn ich dann einmal wieder zu Geld kommen sollte: dann vielleicht meinen Führerschein wieder machen!

I: hm

P: und dann Freundin und aber das - - das passiert nicht: zuerst eine Freundin das - - erst einmal dass ich klarkomme Arbeit Wohnung das muss gehen.

I: ok vielen Dank!

P: bitte schön.

Therapeuteninterview P

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: dann erzähle doch einmal wie sich das Leben und die Krankheit vom Herrn P aus Deiner Sicht entwickelt hat!

T: entwickelt hat?

I: ja!

T: also äh er ist ja voriges Jahr hergekommen im - - im Frühjahr und war war sehr schweigsam sehr still hat überhaupt nicht viel von sich erzählt erst einmal, hat sehr lange gebraucht bis er einigermaßen Vertrauen gefasst hat äh hat dann so hat auch in der Anamnese nicht so: alles erzählt gehabt also es kam dann so nach und nach einfach in Gesprächen heraus, äh ist sehr - - enttäuscht gewesen würde ich jetzt einmal sagen, er hat aber seine Anteile äh nicht so gesehen denke ich einmal wie sie waren, ähm er hat Probleme gehabt er hatte wohl in *Fürth früher einmal eine Freundin die hat ihn verlassen dann ist seine Ehe gescheitert äh das ging auseinander die Frau hat äh wohl ihn auch angezeigt weil er betrunken Auto gefahren ist also er war hat einfach nicht für sich sorgen können hat äh ja hat sich denke ich einmal beruflich und privat übernommen hat seinem Vater: zuliebe in der Bäckerei damals aufgehört zu arbeiten äh ist in die Fabrik des Vaters gegangen, hat da dann gearbeitet hat sich da: aber letztendlich auch nicht sehr wohlgefühlt ist dann äh nach dem Scheitern der Ehe mit äh Schaustellern umhergezogen - - hat ihm äh auch nicht gefallen äh mittlerweile: denke ich sieht er das - - - ja ich denke mittlerweile sieht er äh seine Anteile schon eher, äh was war dass er halt einfach doch auch nicht nein: sagen kann dass fällt ihm auch heute noch sehr schwer wenn man merkt er hilft hier überall aus, ähm ärgert: sich dann zum Teil aber dass er das jetzt wieder macht, also ich denke jetzt nur gerade äh so wenn er in der Küche: dann wieder einspringt - - äh obwohl eine Springerin da ist die nimmt das ab dass sie etwas macht dann springt er ein weil er es nicht aushalten kann äh dass eben niemand: da ist also da hat er schon noch Probleme mit dem Nein-Sagen; äh was er ganz klar so für sich sieht ist ähm dass er nichts mehr trinken darf: auch nichts mehr trinken will: - - kann das aber noch nicht so ganz umsetzen also er weiß noch nicht so recht äh wie er das äh wie sich das weiterentwickelt; - - - er hat für sich ähm - - er sagt also selbst dass er äh dass er gesundheitlich: jetzt sehr viel besser drauf ist man hat auch den Eindruck dass es ihm besser geht also ich habe den

Eindruck ähm er ist - - ausgeglichener geworden also ruhiger nicht: sondern einfach ausgeglichener - - - er will nicht mehr trinken, ähm kann es sich nur nicht vorstellen; er will: beruflich gerne wieder in einer Bäckerei Fuß fassen das ist etwas also was er immer mehr hat und äh es zieht ihn gerade auch nach draußen: also er hat größeren Kontakt jetzt größeren Kontakt wieder zu den Eltern, er möchte dann da auch äh ein Wochenende bei ihnen verbringen und das war jetzt die ganze Zeit noch nicht als er gesagt hat er will gar nicht so zurück äh plant aber jetzt ein Wochenende bei seinen Eltern - - finde ich sehr positiv weil ich denke da kann viel aufgearbeitet werden unter Umständen wenn er das denn anspricht: wenn er sich da traut: aber ich denke ähm dass er wenn er zu Hause in *Mespelbrunn ist wird ihm das eventuell leichter gelingen als wenn die Eltern ihn hier besuchen und irgendwo hinfahren

I: hm Du hast die Fragen glaube ich im Hinterkopf gehabt gell? weil jetzt hast Du die Geschichte erzählt, was die Kurzzeittherapie verändert hat hast Du erzählt; Zukunft: hast Du auch schon einiges erzählt; und die Beeinträchtigungen vom Alkohol waren welche?

T: ja! Beeinträchtigungen äh er hat ja körperlich Etliches also er ist äh er hat absolut Probleme mit äh mit mit äh Gefüh- also mit mit Hautgefühl!

I: hm

T: er hat immer eiskalte Hände, er hat Probleme mit den Beinen!

I: hm

T: äh er hat neulich dem *Mayer gesagt dass er zum Urologen gehen will was da los ist weiß ich nicht ähm denke ich wird er abklären, ähm sein Carbamazolspiegel muss regelmäßig überprüft werden das heißt er hat irgendwann auch äh Probleme mit Anfallsleiden gehabt äh das hat er jetzt eigentlich gut im Griff er hat auch ähm mit dem Blutdruck Probleme das hat er also ist alles medikamentös äh - - eigentlich gut im Griff, er achtet da auch sehr auf sich also denke ich das wird ihm es wird ihm immer besser gehen.

I: ok und die Zukunft? was er einmal machen wird?

T: - - also ich denke er wird hinausgehen irgendwann ins einzelbetreute Wohnen, er hat das also schon einmal so gesagt dass er nicht so gerne in die WG geht weil er ähm ja er ist doch ich möchte nicht sagen dass er zwanghaft ist in gewisser Weise sicherlich aber durch seinen Beruf äh die Arbeit in der Bäckerei ist er ganz einfach eine gewisse Ordnung gewohnt eine gewisse Sauberkeit vor allen Dingen auch was äh Küche: und so betrifft das macht ihn - - das also da muss er einfach lernen damit umzugehen dass es halt nicht immer so: ist wie er sich das vorstellt aber das ist für ihn bestimmt ein Grund warum er nicht in die WG gehen möchte aber er möchte auch nicht direkt hinausgehen in äh in die völlige Selbstständigkeit sondern möchte äh über das einzelbetreute Wohnen dann irgendwann wieder hinausgehen; er träumt

von einer Beziehung inwieweit sich das halt für ihn irgendwann verwirklichen lässt steht auf einem anderen Blatt ich denke das liegt an ihm auch und ja wie er sich halt weiterentwickelt.

I: ok vielen Dank!

Interview Q

Q = interviewte Person

I = Interviewer

Q: also ich erzähle einmal frei von der Leber weg.

I: ja erzählen Sie frei von der Leber weg!

Q: also ich bin am *24. Mai 1944 geboren in /, die Mutter ist geflüchtet, die Russen haben das Haus besetzt und dann es war so: zuerst war ja der Amerikaner bei uns im Haus und dann ist der Russe gekommen, und der Amerikaner hat äh gesagt äh 'wenn Sie wollen können Sie gehen.' und meine Mutter ist dann gegangen, und meinen Vater haben sie /// mitgenommen schon vorher und haben ihn verschleppt und keiner wusste wo er ist,

I: hm

Q: und daraufhin weil meine Mutter dann alleine war - - ist meine Mutter zu ihrer Schwester in das Oderbruch also genauer gesagt in die märkische Schweiz das ist bei Bad / - - - und da habe ich die Kindheit bis zum - - - fünften Lebensjahr - - - und dann sind wir weiter in das *Ruhrgebiet gezogen da hat meine Mutter jemanden; in der Zwischenzeit haben wir erfahren dass der Vater in Bad Kreuznach - - genauer gesagt in diesem Gefangenenlager umgekommen: ist und das ist so gekommen die Amerikaner hatten die Gefangenen an die Franzosen übergeben und Rheinland-Pfalz war ja französisch besetzt also von Sachsen haben sie ihn nach Rheinland-Pfalz verschleppt und weil Rheinland-Pfalz französisch besetzt war ist er zu den Franzosen gekommen von den Amerikanern und die hatten eine so schlechte Verpflegung dass der Amerikaner denen die Leute wieder abgenommen hat - - aber da war es schon zu spät und er ist mit neununddreißig Kilo an / gestorben und er liegt in diesem auf diesem großen Friedhof wenn man bei Bad Kreuznach hinten hinausfährt und da ist er halt beerdigt, also was von ihm übriggeblieben ist, bei neununddreißig Kilo ist ja nichts;

I: hm

Q: und meine Mutter hat dann 1951 jemanden kennen gelernt und hat dann wieder - - drei oder vier Jahre später geheiratet und ich bin - - 51 oder 52 /// da ist die Schule angegangen zum Herbst bin ich eingeschult worden und bin dann im Oderbruch zur Schule gegangen die waren russisch besetzt da unten und zwar bei / wo dieser berühmt berüchtigte Flughafen von den Russen gewesen ist // da bei diesem Stützpunkt; und der Stiefvater der war gelernter Bäcker und Konditor hat dann nicht auf dem Hof gearbeitet - - sondern hat - - - bei der

Bauunion gearbeitet und die haben solche Großprojekte gemacht, und er war nie zu Hause und meine Mutter ist nebenbei zur Arbeit gegangen und // wenn Volksvertretung dort war - - hat er ein Grundstückchen bekommen und wir haben dann gebaut: dieses Haus wo die erst einmal dann; wo ich die Papiere habe in das niemand hineinkommt weil die / ja mittlerweile haben die da so Enteignungsklauseln gemacht; und - - - in der schlechten Zeit in der es keine Arbeit gab war der Stiefvater immer noch im Oderbruch unten in / und war nie zu Hause und wie wir dann nach / gezogen sind er musste ja dorthin die / waren alle, die haben sie alle zugemacht dann ist er zur Bauunion und hat dann / haben sie gebaut den Kanal in / haben sie gebaut und (es folgt ein unverständlicher Satz), und da haben die einen Haufen Geld verdient; ich bin dort zur Schule in / erstens dort gewohnt Schule: und dann kommt wieder Schule und die Mutter ist arbeiten gegangen in so einem Offizierskasino, das war ein Gasthaus das nur für den öffentlichen Verkehr zweimal im Monat geöffnet war ansonsten hatte es der Armee gehört und da haben die so ausländische Besucher dort untergebracht da waren Russen Engländer Franzosen Amerikaner da war alles Mögliche die hatten damals ja schon einen gewissen Austausch gemacht von der // - - - und da waren hauptsächlich Offiziere im Land und die Verpflegung war damals sehr schlecht, wir hatten ja damals noch Marken - - und das war über Zuteilung die Kohle und das Essen war alles über Zuteilung und der Vater ist dann dorthin, die Mutter hat sehr viel mit nach Hause gebracht die haben ihr das verschenkt (es folgt ein unverständlicher Satz), die hatten ja das Haus gebaut; und eines schönen Tages ich war ich bin als Letzter dann geflüchtet eines schönen Tages kommt der Vater 'ich wollte eigentlich die / abholen!' und ist gegangen und hat sich mit Offizieren angelegt - - und der war; also nicht dass sie sich gestritten hätten sondern er hat gesagt 'Ihr seid keine Armee Ihr seid alles Idioten!' er war bei der Marine - - / oder nein er war Bootsmann irgend so etwas,

I: hm

Q: jedenfalls Offiziere fanden die ja damals //, und - - dann hat er denn - - er hat dann dieses /// und jetzt gab es ein Urteil und (es folgt ein unverständlicher Satz) und weiter (es folgt ein unverständlicher Satz) haben sie sich so angelegt gestritten und dann ist er aufgestanden und 'der Führer hat ///' und die Mutter war schon lange zu Hause die ist schon fröhs um halb eins zu Hause gewesen und es gedenkt mir noch wie heute dass die Mutter mich geweckt hat und hat gesagt 'der Vater ist unten, der muss die erste S-Bahn bekommen!' wir hatten in / gewohnt und der S-Bahn-Anschluss war wie von hier bis hoch zu der Kreuzung wo es nach *Würzburg geht; und Mutter hat das / zusammengepackt und er hat Haushalts- und was er so gebraucht hat mitgenommen und der war vielleicht eine halbe Stunde außer Haus da war die

Staatssicherheit da, die hätten ihm ja nichts getan: (es folgt ein unverständlicher Satz) die hatten ja den Honecker gekannt den Erich Honecker der Aktivist war,

I: hm

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz), na ja dann ist der Vater der war weg wir haben ihn besucht das war ja damals kein Problem man musste halt durch den / zweimal und - - - (es folgt ein unverständlicher Satz); und wir haben jemanden gekannt der hat an der nächsten Station nach der Friedrichsstraße gewohnt und die Mutter hat gesagt der Staatssicherheitsdienst ist immer gekommen und hat geschaut ob man alles hat, mindestens zweimal in der Woche - - haben sich alles zeigen lassen und Silber und Besteck und Geschirr ob alles weg war und ich hatte schon alles weggeschafft teilweise zur Tante weil wir hatten Berlin (es folgt ein unverständlicher Satz) und die Mutter hat immer über Beschwerden geklagt, der Vater hat ja im Grunde viel schwarz gearbeitet in der Zeit und immer über Beschwerden geklagt ///; und dann hat sie eine Einweisung bekommen und ist in der Charité gegangen dann war es etwas ganz anderes ist operiert worden und ich habe sie besucht und dann hat sie gesagt 'wir treffen uns dann da und da!' und dann habe ich gesagt 'was?' 'ich komme nicht mehr nach Hause!' ich stand ja weinend da; jetzt hat der Staatssicherheitsdienst die Mutter im Krankenhaus besucht, hat den Vater im Westen besucht dass er zurückkommen soll er hat ja nichts gemacht: die haben ja die guten Leute wegen der Moral: der Arbeitsmoral; und - - mich haben sie // die haben ja gewusst die Mutter (es folgt ein unverständlicher Satz), und - - das Ende vom Lied war ich habe wegen der Mutter das Haus abgeschlossen die Schlüssel in den Briefkasten geworfen und ////.

I: wie alt waren Sie da?

Q: - - - - vierzehneinhalb!

I: hm

Q: ich hatte ein Haus habe aber keinen, also erwischt haben sie mich ja nie: aber im Bus Kontrolle und so ich bin ja oft nach Westen ins Kino gefahren, ich stehe vor dem Geschäft und sehe mir etwas an auf einmal tippt es mir auf die Schulter ich schaue und dann sage ich 'was machen Sie denn hier?' sagt er '(es folgt ein unverständlicher Satz)', stand einer den habe ich jeden Morgen gesehen im Hauptbahn- der ist jeden Morgen in die Kaserne (es folgt ein unverständlicher Satz); und dann haben wir uns getroffen // und dann sind wir zusammen nach Berlin / gefahren, der Vater hat inzwischen bei der Staatssicherheit ////////// und Vater war drei Tage weg und wir wussten ja nicht wo er ist und (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: und dann haben sie ihn nach / gefahren und dann war er eben da, und wir wussten überhaupt nicht wo er ist, und dann haben sie uns gefragt ob wir wissen wo er ist 'nein!' aber wir hatten es in der Zwischenzeit schon wieder gewusst: dass er von Osthofen nach / gefahren ist das sind ungefähr 12 Kilometer 16 Kilometer, und die wurden aus diesen Lagern wieder entlassen - - wenn sie niemandem zur Last fallen und er hat in / jemanden gekannt von früher der auch aus dem Dorf war das war ein großes Dorf mit viereinhalbtausend Leuten also (es folgt eine längere unverständliche Passage); und dann haben wir erst bei Bekannten gewohnt - - und dann haben wir eine Wohnung von der Wohnungsbaugesellschaft zugewiesen bekommen als die fertig waren; ich habe die Aufnahmeprüfung - - wie aus dem FF wir waren damals über fünfhundert und habe dann einen Vorlehrvertrag bekommen und nach dem halben Jahr Probezeit das wurde dann angerechnet wurde der Vorvertrag in einen Lehrvertrag umgewandelt und die / haben sie dann wieder hinausgeworfen (es folgt ein unverständlicher Satz), und dann habe ich die Prüfung gemacht - - auch bestanden und habe mich beworben (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: und dann war noch so eine Fahrerei von / nach / (es folgt ein unverständlicher Satz) bei Wind und Wetter mit dem Fahrrad - - und dann habe ich mich (es folgt ein unverständlicher Satz) beworben und bin auch genommen worden //, und dieser / hat verschiedene Werke unter anderem in / in / das ist da oben und direkt an der französischen Grenze unten am Kaiserstuhl - - - und dann haben sie mich gefragt ob ich da etwas machen würde am Kaiserstuhl dann bin ich hingefahren, die hatten eine Förderbandanlage so eine Unter-Tage-Förderbandanlage in / stehen und wir haben sie nach / geschleift und wir hatten Schwierigkeiten in / (es folgt ein unverständlicher Satz) und dann bin ich da hinunter: dann war ich ein halbes Jahr unten // habe / bekommen die haben mein Zimmer bezahlt und alles und dann hat mich der Chef der damalige gefragt ob ich mit da hinunterkommen würde dann habe ich gesagt 'das ist alles eine Frage des Geldes!' dann bin ich nach Hause: - - und dann waren wir da und dann haben die gesagt ich soll es mir überlegen und dann habe ich gewechselt dann bin ich hinunter an den Kaiserstuhl - - - und da war ich dann bis ja wie alt war ich denn? einundzwanzig, dann ist mir eingefallen dass es da wunderschön ist, da ist der Schwarzwald Feldberg, 60 Kilometer bis / 40 Kilometer bis Colmar hinten die Vogesen also eine herrliche Gegend (es folgt ein unverständlicher Satz); da mein Vater eben durch den Krieg dass das im Krieg passiert ist habe ich Halbwaisenrente bekommen (es folgt ein unverständlicher Satz) habe ich meine Mutter angerufen dann hat die gesagt 'gehe einmal auf das Rathaus!' also Stadthaus sagt man da 'und frage einmal ob die Stadt einen Zuschuss gibt wenn' ich studieren gehen würde auf

der Technikerschule, dann habe ich gesagt 'bist Du verrückt? aber ich gehe einmal fragen.' dann ist sie zu dem hin der meine Rente bearbeitet hat bei der Stadt und dann hat der gesagt 'selbstverständlich: er muss uns vorlegen die Aufnahmeprüfung, wenn er die besteht bekommt er /.' dann habe ich also bin ich nach / gefahren bei Köln,

I: hm

Q: habe dann die Aufnahmeprüfung gemacht und bin wieder nach Hause gefahren; und habe dann Bescheid bekommen dass ich bestanden habe und (es folgt ein unverständlicher Satz), am ersten April war das - - und (es folgt eine unverständliche Passage) also ich habe so Arbeiten gemacht für PVC und 'das können Sie doch nicht machen!' und dann (es folgt ein unverständlicher Satz) das heißt ich habe einen Arbeitsvertrag bekommen dass ich ja wiederkomme!

I: hm

Q: die Firma hat mich finanziell gebunden; ich habe dann hier mit meiner Rente Stipendium von der Stadt - - und den Vorvertrag // was ich verdient habe - - - da bin ich dann habe meine Zeit abgesessen und habe meine Prüfung gemacht und dann bin ich wieder zurück nach / da war ich vielleicht dreiundzwanzig; na ja - - und da habe ich mich dann so richtig wohl gefühlt, da habe ich dann auch jemanden kennen gelernt habe dann geheiratet (es folgt ein unverständlicher Satz), - - und dann bin ich - - - //// ins Schwäbische und da war ich dann bei der Firma / in *Sindelfingen das ist in der Nähe von Stuttgart, und dann bin ich hoch zu einer Firma die /// die sind in Kirchheim Teck da oben so wo es auf die Schwäbische Alb hochgeht - - und dann bin ich später wieder zurück nach / und da ist der Chef dann gekommen ich hätte doch Ahnung von Fußboden // und dann bin ich zur Fußbodenentwicklung - - nach / - - und da habe ich mich dann mit dem nach sechs oder acht Jahren mit der Zeit übernommen und habe Anträge geschrieben in der Frankfurter Allgemeinen - - - (es folgt ein unverständlicher Satz), es gibt Firmen die so etwas machen aber äh (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: denen habe ich meine Bewerbungsunterlagen geschickt bis ich Bescheid bekommen habe aus *Weiden,

I: hm

Q: vorgestellt habe ich mich in Gelsenkirchen und gelandet bin ich in *Weiden,

I: aha!

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz), na ja und dann habe ich da angefangen ////

I: hm

Q: und da ich vom Teppich her kam: unter anderem Teppich - - - also verformbarer: Teppich hat man gesagt 'kümmern Sie sich einmal um die und die Abteilung!' und dann habe ich (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz), und die haben damals dreihunderttausend Quadratmeter gemacht und dann haben wir es hochgepeppelt auf knapp 550, dann konnte die Firma konnte man nicht mehr liefern, dann sind die Kunden abgesprungen dann haben wir keinen Auftrag mehr bekommen und dann haben wir 1,2 Millionen Meter auf Vorrat gehabt,

I: hm

Q: es soll ja auch gekauft werden ////, wir hatten einen Vertreter in Italien wir hatten vier in Deutschland; jedenfalls das Problem war dann es kamen Reklamationen die keine waren: (es folgt ein unverständlicher Satz), auf einmal ging das nicht da standen die Strukturierung stand off- und war dann wieder weg und so - - und da haben sie dann gesagt 'Sie kümmern sich jetzt nur noch um die Kundenbetreuung!' dann hatte ich nur noch Kundenbetreuung, ich hatte nichts: verkauft - - ich habe nur beraten, und in meiner beratenden Funktion bin ich im Jahr vierzig bis sechzig Mal geflogen von Italien über Spanien was weiß ich wo ich überall war: und bin so achtzigtausend Kilometer im Jahr gefahren - - war nie zu Hause: und das bringt der Familie einen Haufen Geld aber es ist anstrengend, da habe ich ///// ich bin nach Hause gekommen ja Freitag Abend und die haben bis Samstag Morgen um sechs Uhr gearbeitet, dann bin ich abends um zehn noch nicht: nach Hause da bin ich hinein und habe geschaut auf die Pläne geschaut wie gearbeitet wird ///, na ja und - - - irgendwann war ich im / in / haben wir so Tagungen: gemacht so etwas Ähnliches wie Klausur!

I: hm

Q: aber: das war dann so eine Nachtwanderung wir hatten ja so einen verrückten Chef!

I: hm

Q: so ausgeflippt so Nachtwanderungen und so einen Scheiß!

I: hm

Q: und wir sitzen /// und wir sitzen da so an der Kaffeetafel und der letzte Satz das haben sie mir erzählt ich hätte die Tasche so beigezogen - - den Cognacschwenker die Tasche und dann hatte ich den Kaffee und dann gab es ja noch Cognac und dann bin ich aufgestanden und habe einen Schrei losgelassen und habe gelegen, und dann kamen sie ///// einen Arzt, dann haben sie einen Notarzt dann haben sie einen Hubschrauber dann haben sie mich nach *Würzburg dann war ich in *Würzburg //,

I: hm

Q: und da war ich rechts: fast gelähmt dann hatte ich ein / Hämatom eine Hirnblutung,

I: hm

Q: und da war ich ein halbes Jahr (es folgt ein unverständlicher Satz) und ich habe mir nur Gedanken gemacht zur Arbeit /// ich hatte ja praktisch keinen Arbeitsvertrag (es folgt eine unverständliche Passage), dann kam ich aus dem Krankenhaus heraus und war noch sechs Wochen zu Hause - - und dann ist das Gutachten gekommen und das Gutachten war der Grund weshalb die Firma mich dann entlassen hat, ich durfte nicht mehr fliegen:

I: ach so ja!

Q: es hätte also passieren; in der Zwischenzeit; ich bin: später wieder geflogen aber wenn das platzt dann bist du hin dann hast Du Pech gehabt!

I: hm

Q: und da hat die Firma gesagt wenn; es musste ja alles schnell gehen: wenn der aus Italien angerufen hat 'der muss morgen früh da sein!' dann war ich da:

I: ja!

Q: dann habe ich alles hingeschmissen habe meinen Koffer gepackt habe mich auf das Ohr gehauen und bin abends nach Nürnberg und bin in der Nacht nach Mailand oder Turin oder je nachdem wohin ich oder Pisa: je nach dem wohin ich dann musste; oder Paris das war alles kein Problem: - - und dann bin ich mit einer riesigen Empfindung (Versprecher) Abfindung entlassen!

I: hm

Q: (es folgt eine unverständliche Passage), weil wir haben ja Geld, dann kommt der Staat und hält die Hand auf!

I: hm

Q: Sie müssen erst so und soviel Geld verbraucht haben und dann springen die wieder ein!

I: hm

Q: die zahlen Ihnen aber die Vorstellungen: ich habe mich ja einige Male wieder vorgestellt (es folgt ein unverständlicher Satz) ich habe zwei drei Firmen besucht ////,

I: hm

Q: aber es stand fest: dass sie mich in Rente schicken!

I: wie alt waren Sie da?

Q: - - dreiundfünzig.

I: hm

Q: - - - - und - - - dann habe ich ich habe dann mit einer zusammengewohnt; also es hat bei mir zu Hause überhaupt nicht mehr gepasst dann bin ich ausgezogen nach /,

I: hm

Q: und dann habe ich erst einmal im Gasthaus gewohnt, und dann ist der Wirt gestorben dann haben die alles umgemodelt - - (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: (es folgt eine unverständliche Passage) und dann bin ich samstags wollte ich ein Fußballspiel anschauen - - und dann bin ich frühs - - - zum Bäcker um Frühstück zu holen und dann bin ich frühs zum Bäcker - - - (es folgt ein unverständlicher Satz) und dann bin ich zu / gegangen und habe gesagt ///, (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: und dann habe ich das war so gegen halb elf zwei Bier getrunken zwei kleine Pils //, zwei kleine Pils zusammen und das letzte was ich weiß //// - - und dann bin ich aufgewacht - - auf dem OP-Tisch als sie versucht haben mir die Zähne herauszunehmen - - und den Chef: den kannte ich vom Stammtisch!

I: hm

Q: den Chirurg, der stand daneben und ////, und da habe ich gesagt 'was ist denn los?' und dann sagt er 'Du bist gegen die / gefallen!' ich habe mich gedreht,

I: hm

Q: und bin gegen so eine rote Backsteinmauer, und die haben sie doch früher immer so im Karree / und wahrscheinlich ///,

I: hm

Q: und da bin ich dagegen und da musste ich genäht werden,

I: hm

Q: oder bin siebenmal geklammert worden; und - - - der Nachteil in dem Haus (es folgt ein unverständlicher Satz), und ich bin schon einmal im Krankenhaus gewesen (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: und dann habe ich in irgend so einer Bar abends /// getrunken und die haben das Wasser direkt aus der Leitung, ich habe fürchterliche Bakterien erwischt und als das passiert ist; sie haben mir dann die Leber punktiert und haben und haben die Leber nach Hamburg geschickt (es folgt ein unverständlicher Satz), drei Tage später war das da per Fernschreiben ich habe die und die Krankheit, eine Hepatitis habe ich mir geholt!

I: hm

Q: durch Viecher die da im Wasser waren, na ja; und da ist es mir ziemlich schlecht gegangen als ich aus dem Krankenhaus herausgekommen bin - - (es folgt ein unverständlicher Satz),

und dann bin ich in ein Gasthaus weiter unten gezogen und da hat es mich dann zusammengehauen - - nicht wegen Saufen oder irgend etwas sondern ich war einfach fix und fertig ich habe ja bloß noch ich weiß gar nicht einhundertzwölf Pfund gewogen, ich habe keinen Hunger gehabt nichts mir war ja immer schlecht – und dann ging es dann zum Sozialamt,

I: hm

Q: die haben mich mit Essen versorgt die haben die Wäsche gewaschen alles aber irgendwann haben die gesagt sie sehen das und werden es melden,

I: hm

Q: und ich habe den Bürgermeister gekannt habe den Doktor gekannt ich habe die alle gekannt: und //// am Stammtisch miteinander und dann haben sie gesagt `was ist los?' ja //// - - und auf einmal tauchte die Frau *Müller auf,

I: welche Frau?

Q: die *Martha,

I: die *Martha?

Q: kennen Sie nicht? Das ist die die die Sozialstation macht in /,

I: ach ja.

Q: die hieß *Martha, kennen Sie nicht?

I: nein.

Q: die war auch schon hier!

I: hm

Q: also ob sie hier war weiß ich nicht aber in / war sie auf jeden Fall!

I: hm

Q: und die: hat gesagt `so geht das nicht!' - - dann haben sie meine ganzen Klamotten zusammengepackt alles gemacht, dann sind zwei junge Männer gekommen, die hatte sie irgendwie mitgebracht: und dann haben sie das alles nach /,

I: hm

Q: und ich bin dann nach / und in / war ich ziemlich lange festgelegen,

I: hm ok.

Q: so vier bis sechs Wochen es wurde immer besser, - - und dann wollte ich meinen / suchen ich war Freigänger und hatte nichts gearbeitet,

I: hm

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz) bin hinter den Berg gegangen, in der Werkstatt habe ich eine Uhr gemacht und (es folgt ein unverständlicher Satz), na ja und dann habe ich mir damals / angeschaut (es folgt ein unverständlicher Satz); - - - -

I: also und die Krankheit? wie hat sich die jetzt weiterentwickelt?

Q: na ja - - -

I: also der Alkoholismus?

Q: ich habe ich habe ich will es einmal so: sagen ich habe eigentlich nie in dem: Sinne gesoffen,

I: hm

Q: ich habe schon: getrunken,

I: hm

Q: ich habe über über diese Unmengen: an Geld verfügt!

I: hm

Q: für mich war das; ich habe gar nicht gewusst: wieviel ich auf meinem Konto habe: - - ich habe ein Auto gesehen und gesagt 'das gefällt mir!' und dann hat der gesagt 'so und so viel.' dann habe ich gesagt 'ich lege es Ihnen dahin, ich zahle bar.' dann hat der gesagt 'sind Sie verrückt?' (es folgt ein unverständlicher Satz), und dann das war ein Audi ein Hunderter // mit Fünfganggetriebe mit allem Scheißdreck!

I: hm

Q: - - - - - da ich nichts verkauft: habe das Zeug sich praktisch von selbst verkauft hat und wir vier Gebietsvertreter haben die sind ja letztlich alle entlassen worden ich habe es ja mitgemacht, ich habe die Leute nur sporadisch besucht!

I: hm

Q: wenn Sie so wollen nur good will; ich habe einen gehabt in Norddeutschland der hat gesagt 'das und das machen wir hier, so das und das ist für da und dann bleibst Du eine Woche.' und dann bin ich eine Woche zu dem der hat gehofft ähm 1,2 Millionen ist ja schon ein Kunde, dann bin ich fast eine Woche bei dem geblieben bin mit dem auf die Yacht gegangen dann hat er ja wie gesagt 'ich möchte gerne heute Abend bei Ihnen aber meine Frau: und meine Tochter:' - - ja ich habe es ja gewusst!

I: hm

Q: er hatte gesagt 'ich hätte Aufträge zu vergeben.' so haben wir den gelobt!

I: hm

Q: (es folgt eine unverständliche Passage), so bis um sechs oder halb acht waren wir weg (es folgt ein unverständlicher Satz) 'ja was ist denn mit den Aufträgen? dann fahren wir nach Hause!' dann war ich zu Hause und war auch //,

I: hm

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz); ich habe mich nur herumgetrieben!

I: hm

Q: praktisch, wenn irgend etwas nicht lief oder etwas nicht in Ordnung war oder er gesagt hat 'das und das nicht.' bin ich dahin, und wenn nichts war und ich bin ich einmal im viertel Jahr zu Bestimmten gekommen war es aus!

I: hm

Q: ich habe Pforzheim gekannt wie meine Westentasche!

I: hm

Q: die Firma *Wach die war früher in Pforzheim die sind dann umgezogen nach Fichtenau; ich kann Ihnen einmal sagen, da bin ich nur hin und habe gesagt 'gehen wir essen?' 'ja: so morgen um halb zehn wollen wir Sie sehen!' dann haben wir eine halbe Stunde gequatscht, dann gehen wir essen 'ja wo gehen wir essen?' ja was glauben Sie jetzt? wir haben ///,

I: hm

Q: und dann (es folgt eine unverständliche Passage),

I: hm

Q: und wenn ich Pech hatte bin ich gar nicht nach Hause gekommen weil gerade Verkehr war oder ein Unfall oder was; und so war das! und irgendwann hat es mich dann halt zusammengesägt!

I: hm

Q: und mich hat es derartig zusammengesägt das war das erste Mal nein das war das zweite Mal,

I: hm

Q: das erste Mal hat es mich zusammengesägt in / da oben - - // /// das war das erste Mal,

I: hm

Q: und dann hat es mich das zweite Mal zusammengehauen da habe ich schon keine Arbeit gehabt,

I: hm

Q: und da wusste ich jetzt wird es ernst - - da war ich ja weiß ich nicht anderthalb bis zwei Wochen war ich ja da /,

I: hm

Q: die hatten zwar gemerkt dass irgend etwas gewesen ist aber nachher haben sie es mich dann hängen lassen,

I: hm, welche Beeinträchtigungen haben Sie denn durch den Alkohol gehabt?

Q: - - - - auf meinen Körper bezogen?

I: zum Beispiel ja!

Q: na ja das hat sich bei mir nicht so schlimm bemerkbar gemacht weil das war egal: - - - wenn ich jetzt jemanden da; ich muss ja nicht gesoffen haben ich ///// es war egal: (es folgt ein unverständlicher Satz), Beeinträchtigung in dem Sinne nicht: aber nachher ich habe meinen Führerschein mir hat man nie meinen Führerschein abgenommen!

I: hm

Q: ich habe nie einen Unfall gehabt wegen Alkohol ich habe nichts: wenn ich gefahren bin habe ich gar nichts getrunken nichts: ich habe gewusst wenn ich abends unterwegs gewesen bin und am nächsten Tag irgendwo sein musste und fahren musste vier fünfhundert Kilometer und bis man dann zur Ruhe kommen trinkt man ein zwei Bier, das ist dann halt zur Gewohnheit geworden (es folgt eine unverständliche Passage), abends hat man dann bis man zur Ruhe kommt zwei drei Pils getrunken und dann hat man noch gegessen, und wenn man dann das Pech hatte dass der eben gesagt hat (es folgt ein unverständlicher Satz), dabei hatte der Zeit (es folgt ein unverständlicher Satz); 'ich mache das schon.' hat er gesagt

I: hm

Q: dann hat man halt ///,

I: hm, gibt es sonst noch irgendwelche Beeinträchtigungen die Sie gehabt haben?

Q: ich habe auch nie gesoffen!

I: hm

Q: ich finde teilweise hat es angestanden aber es war dann so dass es mir wirklich dass es mir nicht gut ging dass ich die Schnauze auf gut Deutsch gesagt voll hatte,

I: hm

Q: durch das Unterwegssein: - - - also hatte es nicht passieren können dass ich nichts zu trinken zu Hause habe und oben im Haus wo die beiden gewohnt hatten da hatten wir einmal gewohnt die haben wir gekannt, da war der Mann gestorben!

I: hm

Q: - - - und die: waren der Meinung sie müssten mir mit zuviel: die waren einige Male dann bei mir gewesen wir haben gegessen ich habe dann aus der // gebracht ein paar /, ein bisschen Wein (es folgt ein unverständlicher Satz), ich habe meine zwei drei Bier getrunken ein Pils getrunken und dann hat sie gesagt 'ich kümmere mich um die Wohnung.' /////, dann hat sie

sich um die Wohnung gekümmert Wäsche aufgehangen und alles ja die hat das alles wahnsinnig toll gemacht:

I: hm

Q: und dann hat sie nur geschaut (es folgt ein unverständlicher Satz) ich hatte immer so zwei drei Kästen die wurden dann ja immer umgeschichtet damit (es folgt ein unverständlicher Satz), zwei drei Kästen hatte ich immer zu Hause und da hat jeder der gekommen ist ob er nun (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: es folgt eine längere unverständliche Passage), kennen Sie Schwedentrunk?

I: nicht wirklich!

Q: (es folgen mehrere unverständliche Sätze), und da habe ich immer den Schnaps gemacht Schwedentrunk!

I: hm

Q: Sie gehen in die Apotheke und sagen Sie möchten - - / Schwedenkräuter und dann verkauft er Ihnen Kräuter die sind eigentlich etwas für einen Tee, und das können Sie extrahieren und dann gehen Sie in den Kupsch zwei Flaschen oder drei Flaschen Korn,

I: hm

Q: einen Doppelkorn, und nehmen einen Topf am besten ist dann in einen Glastopf oder einen emaillierten aber der darf nicht kaputt sein, da schütten Sie die Blätter hinein und schütten den darauf, und dann rühren Sie machen Sie zu und rühren Sie und wenn der vierzehn Tage gezogen hat seihen Sie das ab über einem Leinentuch, so schwarz ist kein Auspuff und so / wie der wie / aber für den Magen da ist ein / ein Dreck dagegen!

I: hm

Q: und so etwas Edles (es folgt ein unverständlicher Satz) und damals hatte die Literflasche so eine ganz komische Form so eine blaue Flasche die hatte fünfundvierzig Euro gekostet!

I: hm, gut jetzt habe ich noch zwei Fragen, die eine ist was hat sich denn hier auf Therapie verändert bei Ihnen?

Q: also ich habe von der vom Trinken ich habe keine Gelüste mehr ich habe Abstand gewonnen, ich kann heute in die Wirtschaft gehen, macht mir nichts, (es folgt ein unverständlicher Satz), ich habe mich erkundigt da vorne beim *Mayer bin hinein setze mich hin *Mayer kommt da war Frühschoppen das war damals als ich nach / bin als der / sich gewundert hat wie komme ich nach / weil ja kein Bus geht, bin hinein kommt der *Mayer (es folgt ein unverständlicher Satz) und stellt mir ein Bier hin: schaut er mich an `ach Du darfst ja

nicht!' habe ich gesagt 'bringe mir ein kleines Spezi!' ///// ich wollte eigentlich bloß wissen (es folgt ein unverständlicher Satz), und vor allem (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: /// ja gut: es kann natürlich es könnte passieren aber man passt ja auch auf jetzt: und das ist mir einmal passiert mit dem mit der - - na mit der //, ich war früher immer korrekt //,

I: hm

Q: und dann hat der / mich erwischt und gesagt 'Moment:' (es folgt ein unverständlicher Satz), dann bin ich hin habe meine Zähne noch gewaschen die Zähne noch geputzt dann haben ich richtig gespült, und dann habe ich gesagt 'jetzt puste ich.' es hat 0,1 oder so angezeigt,

I: hm

Q: dann habe ich gesagt 'ich habe Marzipan gegessen!' /// das zeigt an!

I: hm

Q: aber das ist jetzt nicht so gewesen dass ich // Marzipan oder //,

I: hm

Q: ich habe gefragt ob (es folgt ein unverständlicher Satz), ich bin im Großen und Ganzen nie ein Freund von scharfen Sachen gewesen, die (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: ich war mehr für Sachen wie Jever Becks,

I: hm

Q: / und was es noch so diese /,

I: hm

Q: und dann habe ich in einer Weingegend gearbeitet da habe ich bloß von bestimmten getrunken, ich habe Leute gekannt die haben ein Fass im Haus gehabt und so richtige Härten also - - ich kann sagen ich kann in die Wirtschaft hineingehen und bin sogar irgendwann einmal beim / vorbeigegangen da hat der / geschlossen gehabt ich weiß gar nicht wer dabei war war // dabei? - - dann bin ich fast / da drüben: - - - also es ist ein (es folgt ein unverständlicher Satz), also ich kann auch damit leben!

I: hm

Q: das macht mir nichts aus.

I: hat sich so noch etwas verändert auf der Therapie?

Q: - - na ja früher bin ich ja anders gewesen ich bin ja - - ich bin ruhiger geworden distanzierter geworden ähm ich sage ja heute den Leuten anders meine Meinung, und was ich überhaupt nicht haben kann das habe ich früher schon gehabt aber früher habe ich es anders

gesagt, so Ungerechtigkeiten, wenn ich beschissen werde dann dann möchte ich auch wissen warum ich beschissen werde,

I: hm

Q: und wenn jemand meint er könnte mich beschießen er könnte das besser als ich dann hat er sich geschnitten: - - - das gibt es ja immer wieder gell?

I: hm

Q: dass man sich so in die Lüge hineinreitet aber ich habe da keine Schwierigkeiten; (es folgt eine unverständliche Passage).

I: wie sieht denn so die Zukunftsplanung aus?

Q: ja das ist ja so eine Geschichte: man hat sich ja einmal etwas vorgesponnen und gemacht - - - - es haben in der Zwischenzeit oder sagen wir so: seitdem ich hier (es folgt ein unverständlicher Satz), früher war das ja so da hieß es zur Startbahn gehen und und und und jetzt,

I: Startdarlehen? wenn man hinausgeht?

Q: ja ja: so, ich habe jetzt meine Rente,

I: hm

Q: so vierzehnhundert und ein paar Zerquetschte,

I: hm

Q: ich bekomme jetzt mein Taschengeld, - - - und dann muss ich Medikamente einiges selbst bezahlen, ///, also ich würde ich will der Therapeut hat mich da ja auch einmal angesprochen da habe ich gesagt 'ja ich weiß nicht!' ja weil ich gesagt habe 'ich weiß nicht wohin!'

I: ja!

Q: und er sagt 'wir finden schon einen Weg!', ich bin am Überlegen wohin: aber / habe ich keine Lust!

I: hm

Q: und ich bin auf dem Land aufgewachsen nicht ganz so schlimm wie hier aber wärmer: aber kalt war da auch,

I: hm

Q: und ob ich einmal mit dem Chef rede oder mit irgend jemandem rede ob jemand eine kleine Wohnung hat irgendwo,

I: hm

Q: dann richte ich mir eine kleine Wohnung ein,

I: hm

Q: - - - und wenn das gut geht - - kaufe ich mir wenn ich ein bisschen gespart habe (Herr G lacht) ein kleines Auto: die Zeit wird ja lange, so alt bin ich ja auch noch nicht man kann ja etwas arbeiten oder helfen oder das ist ja nicht das Problem; also ich habe mir vorgenommen wenn es mit der Gesundheit ein bisschen weiter bergauf geht dass ich einmal mit dem Chef rede ob er vielleicht weiß wo man dann erst einmal unterkommen könnte eine kleine Wohnung, muss ja keine Villa sein!

I: hm

Q: ich brauche ein Zimmer Küche Bad und dann ist der Fall erledigt - - - also im Moment geht es mir soweit wieder ganz gut, gut ich habe hundertprozentig (es folgt eine unverständliche Passage), die haben mich dann zu dem Doktor *Metzler geschickt ja? wegen CT das war so: - - - (es folgt ein unverständlicher Satz), und ich war fast schon die Treppe herunter schreit er oben 'kommen Sie einmal hoch wir müssen (es folgt ein unverständlicher Satz!)', und der war ja auch in der Wohnung und hatte sich umgesehen, dann sage ich 'was ist denn?' sagt er 'schaue Dir das einmal an!' dann habe ich gesagt 'das ist eine schöne Scheiße!' habe ich gesagt 'ist das meine Wirbelsäule?' sagt er 'ja, das ist keine Wirbelsäule mehr das ist alles kaputt!'

I: hm

Q: und das Problem ist ja bei mir deswegen können sie nichts machen, die Nerven verschwinden!

I: hm

Q: /// aber wo sind sie da zwischendrinnen?

I: hm

Q: (es folgt ein unverständlicher Satz); ich schaue mich um und sage Euch früh genug Bescheid!

I: oh danke schön!

Q: äh so habe ich das vor!

I: hm

Q: das habe ich auch den anderen so gesagt und gut man kann ja nicht alles, ein bisschen ein Geheimnis hat man ja auch und wenn dann etwas ist! und wenn ich etwas haben will dann sage ich das schon: ich schaue mich einmal um und (es folgt ein unverständlicher Satz),

I: hm

Q: machen wir so:

I: ok danke schön für das Interview!

Q: bitte schön!

Therapeuteninterview Q

T = interviewte Person

I = Interviewer

I: sage einmal irgend etwas!

T: wow! (Frau G lacht)

I: passt.

T: also der *Hans-Jürgen ähm hat eigentlich nie viel erzählt so über seine Ehe zum Beispiel also da weiß ich nur dass er geschieden ist dass er aus dieser Ehe eine Tochter hervorging, dass er mit dieser Frau wohl auch einen ziemlichen Kampf geführt hatte bezüglich des Sorgerechts, die wollte also auch nicht dass er dieses Kind sieht, er hat also auch überhaupt keinen Kontakt zur Tochter, ähm denkt sich aber manches Mal schon 'ach das könnte sie sein!' wenn er jemanden auf der Straße so sieht ja? also das ist alles was ähm was er da eigentlich so darüber erzählt hat; er hat äh eine sehr enge Bindung zu seiner Mutter gehabt auch noch äh lange also wie er schon geschieden war wie er dann auch berufstätig war, die hat er also auch immer so mit dem Vornamen genannt er war also da der Herr im Hause und der Macher ähm wobei er natürlich auch geschaut hat dass er zu Hause wegkommt als er gemerkt hat die äh tut ihm jetzt irgendwie nicht so gut äh die Mutter will ihn nur noch betüddeln ja? aber er ist gerne nach Hause gekommen und hat sich dann verwöhnen lassen, hat aber auch die Mutter verwöhnt; er erzählt viel von der Kindheit dass er wo er da überall war was er alles angestellt hat; und bringt das dann auch immer wieder in die Gruppe ein auch wenn es überhaupt nicht passt das ist ihm völlig egal!

I: hm

T: ähm lustig also was heißt lustig es ist eigenartig über die Sucht ähm verliert er relativ wenig: er sagt aber selbst also es ist sehr eng verbunden mit seinem beruflichen Werdegang er hat ja also er hat ja eine tolle Stelle gehabt er hat äh unter anderem auch äh ein Patent entwickelt über äh diese diesen Wildlederersatz und äh musste da dann in den Außendienst gehen also Kunden akquirieren erst einmal Kunden ähm - - ja Kunden fangen praktisch und die dann auch beraten und wie sagt er immer? ähm Kosten haben überhaupt keine Rolle gespielt das ist also auch jetzt noch so seine Sache 'was kostet die Welt? also das können wir uns schon leisten!' er hat also da immer dann die Leute eingeladen und hat mit denen dann natürlich auch getrunken: um die weil es dann halt leichter war ja? hat er aber nie gesehen

dass er da irgendwie abhängig ist, also manchmal kommt das jetzt so heraus dass er wohl sagt 'na ja das war es schon ich musste ja immer mittrinken das wäre ja nicht gegangen dass ich nicht trinke!' und äh ja - - er erklärt sich das halt so dass er hier ist deshalb: ja? und das war eigentlich so seit - - ja seit den achtziger Jahren so, weil Mitte der achtziger Jahre ich kann es jetzt nicht genau sagen das genaue Datum hätte ich nachlesen müssen äh Mitte der achtziger Jahre hatte er da das Patent bekommen, da ging das dann los, da hat er dann so gute Geschäfte gemacht dass er praktisch nur noch im Außendienst war ähm für den letzten Job na ja er ist ja ähm so zwei Monate im Jahr war er ja praktisch nur auf Achse mit dem Flugzeug, er war also in ganz Europa unterwegs in ganz Europa hat er dann natürlich auch äh den großen Zahlemann gespielt musste: er ja ganz einfach für die Firma, so hatte sich das da eigentlich dann entwickelt er konnte dann auch nicht mehr heraus; äh es war dann auch so dass er äh letztendlich seine Arbeit verloren: hat und zwar äh - - kann ich nur sagen was er erzählt: äh er hat dann so erzählt also der Zusammenbruch der kam ganz einfach bei ihm unweigerlich äh dann hat er eben seine Arbeit verloren hat eine Abfindung bekommen und ist dann auch äh lange im Krankenstand gewesen und ist jetzt schon zwölf Jahre bei uns; ja äh und diesen; er hat nie: verstanden dass er Alkoholiker ist er hat das immer bestritten und war grantig und war böse: und hat immer über die Ärztin geschimpft so in den ersten Jahren hat sich eigentlich jetzt gelegt, also ich habe da lange nichts mehr gehört 'die hat mich ins Krankenhaus gebracht und ich hatte ja nur ein Hämatom im Gehirn!' oder so 'aber Alkohol: ich war ja nie abhängig!' das hat sich jetzt so langsam in seinem Gedankengang auch hat er es relativiert also er sieht jetzt schon dass da eine große Gefahr war; hat dann auch äh ich sage einmal was da so die Zukunftsperspektive für ihn ist ähm weiß ich nicht, hat er lange nicht mehr geäußert wenn ich ihn frage äh 'wie sieht es aus?' weicht er immer ein bisschen aus er hat vor Jahren immer noch gesagt ja er hat im Badischen ganz viele Bekannte und ganz viele Freunde also da geht er hin: und kam aber nie in die Pötte also er hat es nie auf die Reihe gebracht da irgend etwas zu unternehmen auch nicht äh besuchsmäßig oder was das hat er einfach nicht geschafft; äh jetzt: wenn ich ihn darauf anspreche 'na wie sieht es denn aus? Sie haben immer davon geredet dass Sie im Badischen viele Freunde haben!' 'na wer soll denn da noch sein da ist doch niemand mehr!' also ich denke er hat realisiert er kann im Grunde genommen nirgends mehr hin, er wird hier: bleiben solange es geht!

I: hm welche Beeinträchtigungen sind denn bekannt?

T: ähm körperliche Beeinträchtigungen also er hat Probleme mit seinen Beinen mit den Armen mit dem Kreuz, äh das zwar auch durch die Arbeit bedingt ist aber auch vom Alkohol

also also Polyneuropathie ähm und ich denke das Gravierendste das sind eigentlich seine
hirnorganischen Beeinträchtigungen, na er ist Korsakov-Patient,

I: hm

T: und das denke ich ist das Gravierendste bei ihm - - - -

I: Vergesslichkeit!

T: ja und so ich denke äh er ist ein klassischer Korsakow-Patient er also er erzählt mir auch
immer äh das stimmt ja alles überhaupt nicht ja?

I: hm

T: Beispiel ähm Bilder gezeigt am Anfang von dem Test den ich damals gemacht habe ja?
und am Schluss wie er dann noch einmal die Bilder eben aufzählen sollte was er sich gemerkt
hat hat er mich für blöd erklärt hat er gesagt 'he: werde ich hier jetzt verarscht oder was? Du
hast mir überhaupt keine Bilder gezeigt!' ja - - sein Nähe-Distanz-Verhalten ja - - - -

I: gibt es so noch etwas das sich auf der Therapie verändert hat? seitdem er hier ist? etwas
Wesentliches?

T: na ja das Wesentlich denke ich dass er irgendwo doch eingesehen hat dass er abhängig ist,

I: ok

T: und dass er also nicht mehr trinken kann: und dass er auch weiß äh das ist schwierig!

I: ok danke.

T: hm

Einwilligung und Datenschutz

1. Hiermit erkläre ich Herr/Frau
mich damit einverstanden, dass Herr Armin Schachameier im Reha-Zentrum Oberpfalz e.V. mit mir und einer/einem Therapeutin/Therapeuten je ein Interview durchführt, sofern die erhobenen Daten ausschließlich im Rahmen seiner Forschungsarbeit verwendet werden.
2. Alle Angabe zu meiner Person, zu anderen Personen, sowie zu Orten werden anonymisiert und unterliegen dem Datenschutz.
3. Alle Datenträger und andere Unterlagen, die Datenmaterial enthalten, werden nach Fertigstellung besagter Forschungsarbeit vernichtet.

Waldthurn, . .2007

Unterschrift Bewohner/Bewohnerin
 Therapeut/Therapeutin

Armin Schachameier

Internet

www.ahg.de/ahgde.nsf/HTML/RemscheiderGespräche

Alkohol und Krebs

Bereits bei einem mäßigen Alkoholkonsum steigt das Krebs Erkrankungsrisiko für bestimmte Krebsarten. Hierbei ist von Bedeutung, daß die Menge und nicht die Art des Alkohols entscheidend ist. Aufgrund seiner zellschädigenden Wirkung kommt es besonders im Bereich der oberen Luftwege und des Verdauungstraktes aber auch im Bereich der Prostata und der weiblichen Brust zu einem vermehrten Krebsrisiko.

Dies führt dazu, daß alkoholabhängige Patienten, vor allem im höheren Lebensalter, vermehrt an Krebs erkranken und auch an Krebs sterben. Besonders Mitarbeiter aus Soziotherapeutischen Einrichtungen sind zunehmend mit dieser Problematik konfrontiert, da sie diese Patienten über lange Jahre begleiten und somit ihre Patienten häufiger in ein Lebensalter kommen, bei dem sich von der Krankheitsgeschichte her ein Krebsleiden entwickelt hat.

Ziel des Seminars ist es daher, grundsätzliches Wissen über die Entstehung von Krebs, insbesondere aber auch im Zusammenhang mit Alkoholkonsum zu vermitteln.

Um verstehen zu können, wie Krebs entsteht, sei darauf hingewiesen, daß ständig im Körper Zellteilungen stattfinden, um das vorhandene Gewebe zu erneuern, da sich bis auf Nerven- und Muskelzellen alle Gewebe in einem ständigen Umbruch (Absterben und Neubildung) befinden. Man kann davon ausgehen, daß der Körper viele Milliarden bis Billionen Zellen pro Tag neu bildet.

Bei jeder Zellteilung ist es erforderlich, daß aus der sich teilenden Zelle zwei völlig identische Tochterzellen werden. Dazu muß auch die gesamte genetische Information verdoppelt werden, ohne daß dabei Fehler passieren dürfen. Stellen Sie sich vor, Sie hätten die Aufgabe, die gesamte Bibel abzuschreiben ohne dabei ein Wort falsch zu schreiben. Wenn man sich dann noch vorstellt, daß es bei der Zellteilung nicht nur um die Information einer Bibel, sondern ganzer Bibliotheken geht, ist es einleuchtend, daß dieses System störanfällig sein kann.

Es kommt immer wieder vor, daß Fehler bei der Verdopplung von Zellen entstehen, und so auch spontan Krebszellen gebildet werden. In der Regel repariert der Körper solche Pannen über sein Immunsystem.

Das System der Verdopplung der genetischen Information und Zellteilung wird während des Seminars verdeutlicht.

Auf dieses System können viele Faktoren schädigend eingreifen. So z. B. genetische Faktoren, Umwelteinflüsse, aber auch die Ernährung sowie bestimmte Genußmittel, vor allen Dingen Alkohol und Nikotin.

Werden Zellen durch krebserzeugende Substanzen geschädigt, kommt es zu Fehlern im Erbgut, der sogenannten DNA. Die Zellen entarten, d. h. sie sind in ihrem Aufbau und ihrer Funktion nicht mehr identisch mit dem Muttergewebe. In der Regel kommt es dann auch zu einer ungesteuerten Zellteilung und damit zu einem ungesteuerten Wachstum (Tumor). Zusätzlich können sich diese entarteten Zellen vom Krebstumor lösen und an anderen Stellen neue Tochtergeschwülste entwickeln sogenannte Metastasen.

Wichtige Ursachen bei der Krebserstehung können genetische Ursachen, also anlagebedingte Ursachen sein. So leiden z. B. Töchter, deren Mütter an Brustkrebs erkrankt sind, häufiger selbst auch an Brustkrebs als Frauen anderer Populationen. Die krebserzeugende Wirkung geht von bestimmten Strahlen, wie radioaktive Strahlen, Röntgenstrahlen aber auch UV-Strahlen aus, weswegen man ausgedehnte Sonnenbäder verantwortlich für die Entstehung von Hautkrebs macht. Bestimmte Umweltgifte, wie z. B. Schwermetalle aber auch organische Verbindungen wie Nitroverbindungen, spielen ebenso eine wichtige Rolle. Bei den Nahrungs- und Genußmitteln sind es vor allen Dingen Nikotin, Alkohol, Nitrosamine, Benzpyren und andere organische Verbindungen. Aber auch Medikamente, sogar harmlose Abführmittel können die Krebsentstehung auslösen.

Alkohol und seine Abbauprodukte schränken die Funktionen der Zellen ein (z. B. im Rausch). Alkohol kann aber auch Zellen abtöten (z. B. hirnorganischer Abbau). Alkohol schädigt das Erbgut (krebserzeugende Wirkung, Embryopathie). Alkohol schädigt aber auch das Immunsystem, was nicht nur zur vermehrten Infektanfälligkeit, sondern auch zur Schädigung des Reparatursystems des Körpers führt.

Man kann sich unschwer vorstellen, daß vor allem die Organsysteme besonders anfällig für die Entstehung von Krebsleiden im Zusammenhang mit Alkohol sind, die direkt mit dem Alkohol oder seiner Abbauprodukte in Verbindung kommen, so z. B. der Mundbereich, der Rachen, die oberen Luftwege, die Speiseröhre, der Magen-Darmtrakt, die Bauchspeicheldrüse, die Leber aber auch die Prostata und die weibliche Brust. So finden sich z. B. bei regelmäßigem Alkoholkonsum (und hier sind nicht Abhängige gemeint, sondern ein regelmäßiger Alkoholkonsum von etwa mehr als 15 g Reinalkohol/Tag und etwa 30 g Reinalkohol/Tag beim Mann) folgende Krebsleiden häufiger:

im Bereich der Mundhöhle und der Speiseröhre findet man ein etwa 18 bis 30 mal höheres Risiko, in Kombination mit Nikotin zusätzlich deutlich höher

im Bereich der oberen Luftwege ein etwa 4,7fach größeres Risiko

Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse kommen 2,5mal so häufig vor, ebenso häufiger Erkrankungen des Darmes

im Bereich der Leber finden sich gehäufte Leberzellkarzinome auf dem Boden der alkoholischen Leberzirrhose (Häufigkeitszahlen schwanken)

im Bereich der Prostata findet man ein 4,5mal so großes Risiko und

im Bereich der weiblichen Brust ein 41 % höheres Risiko

an diesen Karzinomen zu erkranken.

Das größte Problem im Bereich der Krebstherapie ist die Früherkennung. Diese wird häufig vom Betroffenen nicht durchgeführt, hat aber auch in sich ihre Grenzen. So kann man z. B. einen Tumor erst erkennen, wenn er z. B. so groß ist, daß er Symptome macht (verdrängendes Wachstum, Blutungen), tastbar ist (Brust), sichtbar ist (Haut) oder zumindest so groß ist, daß er falls er nicht direkt gesehen oder gefühlt werden kann, sich im bildgebenden Verfahren (Computer-Tomogramm, Kernspintomographie) darstellt.

Dies bedeutet aber, das Tumore mindestens einige Millimeter oder gar Zentimeter groß sein müssen, um überhaupt diagnostizierbar zu sein. Unterstellt man, daß Tumore für eine solche Größe dann aber mindestens 10 hoch 8 Zellen (d. h. 100 Millionen Zellen) haben müssen und unterstellt man, daß z. B. manche Tumore eine Zellverdopplungsrate von etwa 2 Monaten haben, so kann man leicht nachrechnen, daß viele Tumore schon Jahre alt sind, selbst wenn man sie sehr früh erkennt. Ein einfaches Rechenbeispiel zeigt dies: hat ein Tumor eine Verdopplungsrate von ca. 2 Monaten, so h. d., daß man nach 2 Monaten 2, nach 4 Monaten 4, nach 6 Monaten 8, nach 8 Monaten 16, nach 10 Monaten 32, nach 12 Monaten 64 usw. Zellen hat. Oder anders ausgedrückt, nach fast 30 Verdopplungszeiten, die Mindestzahl zum Nachweis erreicht wird. 30 Verdopplungszeiten wären entsprechend 5 Jahre. Da manche Tumore langsamer wachsen und aus viel mehr Zellen bestehen, können dies auch einige Jahre mehr sein. In dieser Zeit besteht natürlich auch das Risiko, daß sich Zellen vom Tumor gelöst haben und bereits an anderen Stellen des Körpers Tochtergeschwülste gebildet haben (Metastasen). Dies Rechenbeispiel zeigt aber auch, daß wenn ein Tumor einmal besteht, er scheinbar immer schneller und immer rascher wächst, denn logischerweise werden auch 100 Millionen Zellen nach 2 Monaten 200 Millionen, nach 4 Monaten 400 Millionen und nach 6 Monaten 800 Millionen Zellen. D. h. innerhalb von 6 Monaten wäre der Tumor 8mal so groß.

Von daher ist und bleibt die Früherkennung und die frühzeitige Behandlung das Wichtigste in der Tumorthherapie. Die beste Möglichkeit, einen Tumor zu behandeln, ist ihn chirurgisch zu entfernen, was natürlich nicht immer gelingen kann. Dies hängt von der Art des Gewebes (unmöglich bei Leukämie etc.), der Ausdehnung und der Operabilität ab.

Es gibt aber auch Möglichkeiten, Tumoren in ihrem Wachstum zu hemmen bzw. damit zu abzutöten, in dem man radikal auf ihre Zellteilung einwirkt. Dies kann geschehen durch bestimmte Strahlung (Strahlentherapie) oder durch chemische Stoffe – sogenannte Zytostatika). Alle diese Methoden wirken hemmend auf die Zellteilung. Da sich aber nicht alle Tumorzellen immer im gleichen Stadium der Zellteilung befinden, d. h. sich nicht synchron ständig teilen, sondern zu verschiedenen Zeitpunkten, müssen solche Behandlungen im Rahmen eines zeitlichen Zyklus immer wieder wiederholt werden und kontrolliert werden. Man kann sich unschwer vorstellen, daß die meisten diese Therapien natürlich nicht nur das Tumorgewebe schädigen, sondern grundsätzlich alle Systeme des Körpers, die von der Zellteilung abhängen, dies führt dementsprechend zu Nebenwirkungen des blutbildenden Systems (Blutarmut), zu Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen (Magenschleimhaut) und anderen gravierenden Nebenwirkungen.

Die neuere Tumorthherapie versucht dies auch hormonell bzw. durch den gezielten Einsatz von Antikörpern.

Es ist andererseits aber auch leicht nachvollziehbar, daß eine Krebstherapie unterschiedlich hohe Erfolgsquoten ab. Dies hängt von der Größe des Tumors, von der Art des Tumors, von der Tatsache, ob er metastasiert hat, von der Operabilität zum Zeitpunkt der Erkennung und vielen anderen Faktoren ab.

So kann z. B. heute die kindliche Leukämie zu ca. 80 % geheilt (!) werden. Andere Tumore sind heute noch nur unbefriedigend zu behandeln (Bauchspeicheldrüse, Niere).

Gerade im Bereich der Soziotherapie sieht man sich immer häufiger mit älteren Abhängigen konfrontiert, die ein Krebsleiden (höheres Krankheitsrisiko) entwickeln und an diesem versterben. Um so wichtiger ist es daher, grundsätzliches über Krebsentstehung und Behandlungsmöglichkeiten zu wissen. Ebenso unerlässlich ist es aber, die Mitarbeiter dieser Einrichtung zu stützen, die sehr häufig in zunehmendem Umfang Sterbebegleitung leisten müssen.

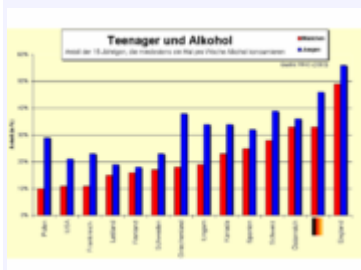
Ich hoffe, daß es mir gelungen ist, zumindest das Grundwissen über diese zunehmende Problematik im Bereich der Soziotherapie aber auch in der Suchtbehandlung generell zu vermitteln.

Dr. Hubert Buschmann

Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen [\[Bearbeiten\]](#)

Eine [Alkoholabhängigkeit](#) (Alkoholismus) im Sinne des in der Medizin gebräuchlichen [ICD10](#) Diagnosesystems (Alkoholabhängigkeitssyndrom, Code F10.2) kommt bei Kindern kaum und bei Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag vergleichsweise selten vor, da sich eine manifeste Alkoholabhängigkeit in der Regel über mehrere Jahre entwickelt. Meist geht es bei Kindern und Jugendlichen um [Rauschtrinken](#) (akute Intoxikation, Code F10.0) oder um Alkoholmissbrauch (schädlichen Gebrauch, Code F10.1) (siehe auch: [Alkoholkrankheit](#)).

Situation in Deutschland [\[Bearbeiten\]](#)



 Jugend und Alkohol (2003)

Die Zahl der Jugendlichen, die wegen Alkoholmissbrauchs in Kliniken kommen, hat sich in Deutschland seit 1990 mindestens verdoppelt. Dies hat zum Teil gravierende Folgen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind 2005 rund 19.400 Jugendliche zwischen 10 und 20 Jahren mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ stationär im Krankenhaus behandelt worden. Dies waren mehr als doppelt so viele wie im Jahr 2000. 3.500 der Patienten waren unter 16 Jahre alt.^[1] Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums liegt bei etwa 14 Jahren und liegt somit deutlich niedriger als der Erstkonsum von Tabak. Das Durchschnittsalter für den ersten Alkoholrausch liegt bei 15,5 Jahren. Im Jahr 2004 gaben zehn Prozent der Befragten 12- bis 15-Jährigen an, in den letzten drei Monaten mindestens einen Alkoholrausch gehabt zu haben. Bei den 16- bis 19-Jährigen waren es 30 Prozent.^[2] Die Zahl der alkoholabhängigen oder stark alkoholgefährdeten Minderjährigen wird in Deutschland auf 250.000 geschätzt.

Mögliche Verhaltensstörungen nach Schädigung des orbitofrontalen Kortex [\[Bearbeiten\]](#)

Bei Schädigungen des orbitofrontalen Kortex oder damit assoziierter Hirnareale kann es zu unterschiedlichen Verhaltensauffälligkeiten kommen. Man spricht auch von *neuropsychiatrischen Störungen*. Die Fachliteratur unterscheidet zwischen inhibitorischen und disinhibitorischen Symptomen. Diese können wiederum auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden. Welche Symptomkonstellation auftritt, hängt von Ausmaß und Art der frontalen Hirnschädigung ab.

Depressiv-inhibitorischer Symptom-Komplex [\[Bearbeiten\]](#)

- **[motorisch](#)**
 - motorische Verlangsamung
 - Sprechverarmung
- **sensorisch**
 - mangelnde Reagibilität auf Umgebungsreize
- **emotional-affektiv**
 - depressive Grundstimmung
 - geringes Selbstwertgefühl
 - Selbstablehnung
 - Gefühllosigkeit
- **Behavioral**
 - Appetit- und Gewichtsverlust
 - Energie- und Interessenverlust
 - sozialer Rückzug
- **kognitiv**
 - Entscheidungsunfähigkeit
 - "Pseudo[demenz](#)"
 - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- **biozyklisch**
 - [Schlafstörungen](#)
 - Müdigkeit

Disinhibitorischer Symptom-Komplex [\[Bearbeiten\]](#)

- **motorisch**
 - [Hyperaktivität](#)

- motorische Unruhe
- gesteigerte Sprechaktivität ([Logorrhöe](#))

- **sensorisch**

- [Halluzinationen](#)

- **emotional-affektiv**

- [manische](#), [euphorische](#) Grundstimmung
- [paranoide Wahnvorstellungen](#)
- Selbstüberschätzung
- [Größenwahn](#)
- [Aggressionsausbrüche](#)
- pathologisches Lachen und Weinen

- **Behavioral**

- Hyperphagie
- [orales](#) Explorationsverhalten
- [Hypersexualität](#)
- ungerichtete Aktivitätssteigerung
- [Distanzlosigkeit](#)
- Nichtbeachtung sozialer Konventionen

- **kognitiv**

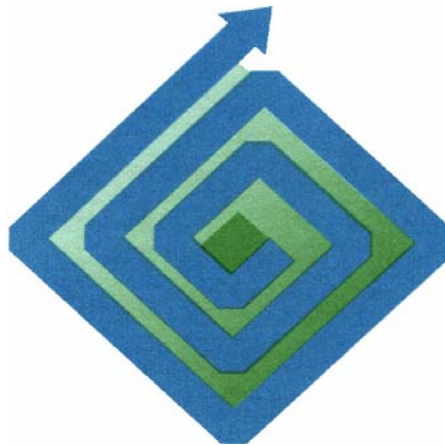
- verstärkte Ablenkbarkeit
- [Ideenflucht](#)
- [Aufmerksamkeits-](#), Konzentrationsstörungen

- **biozyklisch**

- vermindertes Schlafbedürfnis

REHA – ZENTRUM OBERPFALZ e.V.

Stationäre Einrichtung für alkoholabhängige Frauen und Männer
Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband



Therapeutische Konzeption



Reha – Zentrum Opf. e.V.
Soziotherapeutische Einrichtung
Bernriether Str. 35
92727 Waldthurn

e-mail: reha-zentrum.opf@t-online.de
internet: reha-zentrum-oberpfalz.de
Tel.: 09657 – 9221-0
Fax.: 09657 – 9221-19

Vorwort

Das vorliegende Konzept wurde für einen Personenkreis von alkoholabhängigen Menschen entwickelt, der zahlenmäßig in erheblichem Umfang zugenommen hat. Trotz dieser Entwicklung besteht eine Lücke in der psychosozialen Versorgung gerade bei den sog. Alkoholikern.

Unter Mehrfachschädigungen versteht man eine umfassende Beeinträchtigung und Schädigung der Persönlichkeit in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht. Diese sind unmittelbare Folgen des teilweise langjährigen Alkoholmissbrauchs. Einige dieser Auswirkungen sind:

- Verlust des Arbeitsplatzes und der familiären Integration
- Verlust der Wohnung und daraus folgende Nichtsesshaftigkeit
- Vernachlässigung angemessener Ernährung
- Langsamer ethischer Abbau bis hin zur Kriminalitätsbereitschaft
- Trinken mit Personen weit unter dem Niveau des Betreffenden
- Verlust der Alkoholtoleranz

Neben den gesundheitlichen Auswirkungen wie Gastritis, Impotenz, Fettleber, Magenulkus, Polyneuropathie und toxischer Hirnschädigung bis hin zum Korsakow-Syndrom, kann es zu einem Persönlichkeitsverfall und zu einer fortschreitenden Wesensveränderung, sowie zu einer hirnorganischen Leistungsminderung kommen.

1 Zielgruppe

1.1 Indikation

Aufgenommen werden alkoholabhängige Frauen und Männer, bei denen aufgrund ihres langjährigen Suchtmittelmissbrauchs erhebliche körperliche, psychische und soziale Störungen auftreten, so dass eine kurze oder mittelfristige Rehabilitation nicht möglich ist. Da die Abhängigkeitskranken oft ohne festen Wohnsitz, ohne Arbeitsplatz oder soziale Bindung leben und daher oft in die Verwahrlosung und Kriminalität abgleiten, wird hier eine längerfristige Therapiemöglichkeit angeboten.

Dies geschieht durch eine beschützende Wohnsituation, einschließlich intensiver psychosozialer Betreuung und einem therapeutisch strukturierten Tagesablauf, sowie ständiger lebenspraktischer Begleitung.

1.2 Kontraindikation

Es werden keine Personen aufgenommen, die

- keine Krankheitseinsicht oder keine Motivation zeigen
- akut selbstmordgefährdet sind
- akut intoxikiert sind
- endogene psychotische Krankheitsbilder aufweisen
- intensiver Pflege bedürfen
- eine schwere Körperbehinderung haben

1.3 Aufnahmebedingungen

Vor der Aufnahme ist eine Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Abteilung oder einem Allgemeinkrankenhaus notwendig. Zunächst stellen die Sozialdienste, psychiatrische Einrichtungen und örtliche Sozialhilfeträger den Patienten schriftlich oder telefonisch vor. Es wird ein Aufnahmegespräch mit dem Patienten und ggf. dem Betreuer vereinbart, bei dem die anamnestischen Daten zu erheben sind und die Bereitschaft des Patienten, abstinent leben zu wollen, geprüft wird.

1.4 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer richtet sich individuell nach dem Grad der Schädigung und der Rehabilitationsfähigkeit. Eine Verweildauer kann aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsverläufe nicht festgelegt werden.

1.5 Kostenträger

Die soziotherapeutische Einrichtung ist eine Einrichtung gemäß §§ 39, 72 und 93 des Bundessozialhilfegesetzes.

2 Zielsetzung der Einrichtung

Ziel ist es, den größtmöglichen Rehabilitationsgrad, wenn möglich mit einer sozialen Wiedereingliederung auf der Grundlage einer dauerhaften, zufriedenen und als sinnvoll erlebten abstinenten Lebensweise zu erreichen. Voraussetzung hierfür ist eine absolute Suchtmittelfreiheit, die durch entsprechende Kontrollen unterstützt wird.

Die therapeutischen Ziele sind:

- Verhinderung weiterer körperlicher und psychischer Verwahrlosung
- Wiedererlangung sozialer Fähigkeiten
- Zufriedene Abstinenz
- Psychosoziale Fähigkeiten, darunter:
 - Aufbau von Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit
 - Entwicklung von Kooperationsfähigkeit
 - Entwicklung einer ausgewogenen und sinnvollen Freizeitgestaltung
 - Entwicklung realistischer Zukunftsorientierung
- Wiedererlangung von Eigenverantwortung

3 Therapeutisches Angebot

3.1 Therapeutischer Rahmen

Innerhalb des therapeutischen Rahmens können die individuellen Bedürfnisse und Strebungen nach den Grundregeln und Anforderungen einer Gemeinschaft erprobt und wiedererlernt werden. So ist jedem Einzelnen die Möglichkeit gegeben, sich mit der Abhängigkeit, Beziehungslosigkeit und eingeschränkter Handlungsfähigkeit auseinanderzusetzen, Grenzen und Möglichkeiten zu erfahren und Verhaltensdefizite abzubauen.

3.2 Arbeits- und Zielgruppen

Die Arbeits- und Zielgruppen bilden in der Einrichtung das primäre Lebens- und Lernfeld des Bewohners. In diesen Gruppen findet der Einzelne Schutz, Solidarität und Geborgenheit, aber auch kritische Reflektion und Konfrontation. In den festen Gemeinschaften von ca. 8 - 10 Personen wird der Bewohner beim Aufbau von sozialen Kontakten, der Gewöhnung an einen geregelten Tagesablauf, dem Gewinnen von Einsichtsfähigkeit, Abstinenzmotivation und Abstinenzfähigkeit, sowie dem Erlernen von Selbstsicherheit unterstützt.

Die Arbeitsgruppe ist eine konstante Gruppe von Bewohnern, die miteinander das Vormittagsprogramm durchläuft: Arbeits- und Beschäftigungstherapie mit Tätigkeiten in der Werkstatt, Haus und Garten und eine Gruppe, in der Arbeiten für die Gemeinschaft, wie Kochen, Küchendienst, Reinigungsarbeiten, Wäschepflege, etc. getätigt werden.

In regelmäßigen Zusammenkünften werden die anstehenden Aufgaben verteilt und persönliche Ziele gemäß der individuellen Therapieplanung festgelegt und abschließend reflektiert.

In der Arbeitsgruppe wird der Bewohner in allen lebenspraktischen- und Leistungsbereichen sowie hinsichtlich seiner sozialen Fähigkeiten unterstützt und herausgefordert. Er erfährt die Möglichkeiten und Grenzen seiner Leistungsfähigkeit,

seine Stärken und Schwächen über Ermutigung und Bestätigung sowie Konfrontation und Realitätsprüfung.

Sein Selbstwertgefühl wird dadurch gestärkt, dass er sich über seinen individuellen Beitrag für das Gelingen des Ganzen nützlich fühlen kann, vor allem durch die Übertragung einer für ihn geeigneten festen Aufgabe für die Gemeinschaft, z.B. bei der Reinigung und Pflege des Hauses oder durch Aufträge, die an seine verbliebenen beruflichen Ressourcen anknüpfen.

Die Zielgruppen mit jeweils ca. 10 Mitgliedern dienen dem Aufarbeiten der persönlichen Suchtgeschichte sowie der individuellen Förderung und der Stiftung von Gemeinschaftsgefühl im leistungsunabhängigen Bereich. In ihnen werden die Bewohner unter dem Gesichtspunkt ihres Entwicklungsstandes und ihrer Interessenlage zusammengebracht:

- in der **Basisgruppe** (für neu aufgenommene Bewohner) unter dem vorrangigen Aspekt von ganzheitlicher Stabilisierung, Sich-Finden, Eingewöhnung und Gewohnheitsbildung
- in der **Fördergruppe** unter dem Aspekt verstärkter Auseinandersetzung mit sich und den eigenen Möglichkeiten, Grenzen und Zukunftsperspektiven
- in der **Stammgruppe** unter dem Aspekt der Notwendigkeit des weiteren Schutzes sowie der langfristigen Entwicklung von Zufriedenheit mit einer abstinenten Lebensführung im sozialtherapeutischen Milieu.

Basisgruppe

In der Basisgruppe erfahren die Bewohner ganzheitliche Stabilisierung und Halt mit dem primären Ziel, ihnen das Bleiben zu ermöglichen und an grundlegende lebenspraktische, persönliche ethisch-soziale und ggf. berufliche Kompetenzen wieder anzuknüpfen, die im Laufe ihrer Suchtgeschichte verloren gegangen sind oder verschüttet wurden.

Die Bewohner werden wieder an die Wahrnehmung von und Teilhabe an „Normalität“ hingeführt. Suchtbedingte Schäden werden reguliert, z.B. eventuelle Schuldenzahlungen geregelt, die verwahrloste Wohnung aufgelöst, etc.

Es gilt wieder zu lernen, den Alltag mit all seinen lebenspraktischen Anforderungen zu bewältigen. Das bedeutet mit Zeit und Geld umzugehen, die Körperhygiene zu erlernen und zu festigen, Kontakte und Beziehungen weitgehend auf angemessener sachbezogener wie persönlicher und zwischenmenschlicher Ebene zu gestalten.

In dem Maße, wie der Bewohner in dieser konkreten Art seine Suchtgeschichte bearbeitet, gewinnt er Einsichten in seine Grenzen und seine Möglichkeiten und kann sich realitätsgerechte Ziele für seine weitere Entwicklung setzen und / oder sich dem Thema der Aussöhnung stellen.

Der Bewohner wechselt in die Fördergruppe, wenn er genügend Stabilität, Einsichtsfähigkeit, Urteilsvermögen und Motivation erworben hat, um sich realistische Ziele zu setzen und unter Berücksichtigung der Belange der Hausgemeinschaft Eigenverantwortlichkeit selbst zu erproben.

Fördergruppe

Die Arbeit des Bewohners in der Fördergruppe zielt ab auf:

- Abstinenzzerprobung durch Tagesausgänge, Wochenendausgänge, Beurlaubungen
- Erprobungen der Leistungsfähigkeit innerhalb des Hauses (über gezielte Förderung durch Arbeitserprobung im eigenen Aufgabenbereich) und/oder außerhalb des Hauses (durch Praktika in Betrieben oder Unternehmen)
- Pflege von Kontakten innerhalb und außerhalb des Hauses
- Entwicklung einer persönlichen Freizeitgestaltung (Interessen, Hobbies, Neigungen)
- Erwerb von weitgehender Selbständigkeit in der Lebensführung, bis hin zu einem Probewohnen, z.B. in einer betreuten Wohnform

Stammgruppe

In diese wechselt der Bewohner, wenn in der Basis- oder Fördergruppe die Grenzen der Förderung erreicht wurden und er weiteren Schutz seitens der therapeutischen Gemeinschaft bedarf, um abstinent bleiben zu können.

Die Ziele dieser Gruppe dienen primär der weiteren Beheimatung der Bewohner und der Entwicklung von Zufriedenheit und Lebensqualität im Hause. Besonderer Wert wird hier darauf gelegt, dass die Bewohner ihr Selbstwertgefühl durch die Übertragung individuell gestalteter Aufgaben für die Gemeinschaft stabilisieren und sie eine bereichernde und erfüllende Gestaltung ihrer Freizeit erfahren.

Ein Wechsel zwischen Basis- und Fördergruppe ist im Einzelfall immer dann möglich, wenn der Bewohner nach realistischer Selbsteinschätzung und Prüfung durch das therapeutische Team eigene über- oder unterfordernde Zielvorstellungen korrigiert hat.

3.3 Hausgruppen

Zur Teilnahme an diesen Gruppen sind alle Bewohner des Hauses verpflichtet. In dieser Gemeinschaft erfolgen zweimal pro Woche unter anderem Neuvorstellungen und Verabschiedungen, Stellungnahmen zu Rückfällen sowie Posten- und Aufgabenverteilung. Ferner werden hier die wichtigsten Belange im Haus diskutiert und die Konflikte des täglichen Miteinanders aufgearbeitet.

3.4 Ausgestaltung und Pflege des eigenen Wohnraumes

Dies bedeutet, dass dem Hilfsbedürftigen ein eigenes Zimmer zur Verfügung steht, das ihm das Gefühl von Schutz, Zugehörigkeit und Geborgenheit vermittelt. Darüber hinaus wird durch die Möglichkeit der selbständigen Gestaltung des eigenen Lebensraumes die Selbstachtung gestärkt. Freie Ausgestaltung und Pflege des eigenen Zimmers, Hygiene und Körperpflege erhalten wieder ihren gebührenden Wert.

3.5 Struktur des Tages

Der Rhythmus der Tagesabläufe und die Wiederkehr von aktiven und fordernden, sowie von passiven und erholsamen Phasen ist für das Erreichen einer zufriedenen Abstinenz von erheblicher Bedeutung. Aufgrund der langjährigen Suchtmittelabhängigkeit und der damit verbundenen Verwahrlosungstendenz muss die Struktur erneut gelernt und eingeübt werden.

3.6 Ergotherapie

Sieht man die Arbeitstherapie als Zuordnung und Gestaltung von Anforderungen, kann man davon ausgehen, dass die berufliche Rehabilitation eher die Ausnahme bleibt.

Demnach kann man feststellen, dass Arbeit ein bestimmtes Verhalten fordert, um eine Reihe fundamentaler menschlicher Bedürfnisse zu befriedigen. Dies unterstreicht die Auffassung, dass die Arbeit als Ganzes gesehen durch keine andere Aktivität ersetzt werden kann.

Wir sehen Arbeit als eine zielgerichtete und bewusste Lebensaktivität, darauf gerichtet, gesellschaftlich anerkannte, nützliche Produkte und Dienstleistungen zu erbringen, wodurch folgende Vorteile der Arbeit ersichtlich werden:

1. Arbeit hat Zeitstruktur
2. Arbeit verbreitert den sozialen Horizont der Menschen
3. Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zeigen jeden Tag aufs Neue, dass Menschen einander brauchen und einem kollektiven Ziel nachstreben
4. Arbeit gibt Menschen Status und Identität in der Gemeinschaft
5. Arbeit zwingt Menschen zur Aktivität

Durch den Einsatz der Hausbewohner in den Bereichen Werkstatt, Beschäftigungstherapie, Haus und Garten, sowie im hauswirtschaftlichen Bereich sollen bei den Hausbewohnern Verbesserungen im sozioemotionalen (emotionaler Bereich, Bereich des Selbstbildes, soziale Fähigkeiten) und im instrumentellen Bereich (elementare Fähigkeiten, spezielle Fähigkeiten) erreicht werden.

Kriterien für den Einsatz in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Arbeitstherapie sind sowohl die Gruppenzugehörigkeit als auch das physische und psychische Zustandsbild des Hausbewohners.

Einerseits erfolgt eine sinnvolle Beschäftigung, wobei die Aktion im Vordergrund steht, andererseits ein mit externen Arbeits- und Praktikastellen realistisch gestalteter Ablauf eines Arbeitstages.

Ziel dieser Maßnahmen ist das Ersichtlichwerden der Frustrationsgrenzen, das Erkennen der eigenen Belastungsgrenze, sowie eine reale Selbsteinschätzung.

3.7 Sport- und Bewegungstherapie

Die Körpererfahrung bis hin zu sportlicher Betätigung - ebenfalls in gestufter Form - besitzt einen hohen Stellenwert. Der Störung des Körpergefühls, der häufig anzutreffenden Ablehnung des eigenen Körpers, sowie den Insuffizienzgefühlen gegenüber der eigenen Leistungsfähigkeit, werden durch sportliche Betätigung begegnet. Hier bietet sich ein kommunikatives, kreatives, aber auch belastungssteigerndes und willensbildendes Betätigungsfeld. Es gehören hierzu auch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie spezielle Bewegungstherapie, Meditation und Entspannungstraining.

3.8 Freizeit- und Erlebnispädagogik

Der Umgang mit nicht vorstrukturierter Zeit stellt ein weiteres Lernfeld für den Bewohner dar. Um Bewohner mit sinnvoller anregender Freizeitgestaltung bekannt zu machen, finden einerseits feste Veranstaltungen wie Ausflüge, Turniere und Feste statt, andererseits besteht auch die Möglichkeit zur individuellen Aktivität bzw. Neigungsgruppen (z.B. Musik, Werken und Sport).

Im Rahmen dieser Aktivitäten wird in unserem Haus Erlebnispädagogik mit den Elementen Natur, Erlebnis und Gemeinschaft in Form von pädagogisch zielgerichteten Natursportarten angeboten.

Charakteristika der erlebnispädagogischen Methoden sind hierfür:

- Lernen durch die Sinne
- Lernen durch Muße
- Lernen durch Erleben
- Lernen am Beispiel
- Lernen und Heilen

Hierbei fokussiert die Erlebnispädagogik einen sogenannten „sanften Weg“, also Wanderungen, Exkursionen, Erlebniswochenenden, Übernachten in der Natur,

Kanufahrten oder sich im Gebirge bewegen (Klettern, Wandern). Im Vordergrund steht hierbei nicht das Schaffen von Grenzsituationen, sondern Aspekte wie Natur, Erlebnis, Bewusstsein, Gemeinschaft, Bewegung sowie das Fördern von zwischenmenschlichen Beziehungen. Vordergründig wird die Beziehung zwischen dem Menschen und der natürlichen Umwelt gefördert.

4 Medizinische Versorgung

Hier orientieren wir uns an der Erfahrung, dass alkoholbedingte Folgeschäden in der Mehrzahl der Fälle keiner spezifischen medizinischen Behandlung bedürfen und sich unter Abstinenz und angemessener Ernährung günstigenfalls zurückbilden können. Zum anderen sind die Medikamente und Verfahren, die für die Behandlung alkoholbedingter Folgeschäden angeboten werden, in der Regel von zweifelhaftem therapeutischem Wert. Es geht aber auch darum, zu vermitteln, dass der Abhängige die Verantwortung für seine Genesung nicht auf Tabletten o.ä. von außen wirksame Substanzen verlagert. Im Falle von Erkrankungen stehen Fachärzte der einzelnen Disziplinen im Umkreis zur Verfügung, daneben die Fachambulanzen des BKH Wöllershof und des BKH Regensburg.

5 Das therapeutische Team

Das therapeutische Team als Herzstück unserer Einrichtung hat die Aufgabe, das therapeutische Konzept umzusetzen und mit Leben zu füllen. Hierzu müssen alle Mitarbeiter neben einer guten beruflichen sachspezifischen Qualifikation noch eine ausgeprägte Fähigkeit zum selbständigen und zielorientierten Arbeiten mitbringen. Neben Krankenpflegepersonal und Sozialpädagogen bilden noch Hauswirtschaftskräfte und arbeits- und beschäftigungstherapeutisches Personal das feste Team. Dies kann bei Bedarf durch Honorarkräfte unterstützt werden. Das Team arbeitet interdisziplinär zusammen. Regelmäßige Teamgespräche, Gruppensupervisionen, Fallgespräche und

Austausch von organisatorischen und inhaltlichen Informationen sind Bestandteile der Arbeit.

6 Hausordnung

6.1 Grundregeln

- Der Besitz und Konsum von Alkohol ist verboten
- Die Teilnahme am Frühstück, Mittag- und Abendessen, sowie an Gruppengesprächen und anderen Gemeinschaftsunternehmungen ist grundsätzlich verpflichtend
- Die Androhung und Ausübung von Gewalt führt zur Entlassung
- Die Bereitschaft zu regelmäßiger örtlicher Betreuung muss gegeben sein

6.2 Ausgangsregelung

Der Ausgang ist im Rahmen der Freizeit nicht reglementiert. Die Gemeinschaft ist allerdings davon zu unterrichten. In den ersten sechs Wochen des Aufenthalts gibt es Ausgang nur in Begleitung eines Gruppenmitgliedes.

6.3 Tagesablauf

Der Tagesablauf ist zeitlich festgelegt und innerhalb eines Wochenplanes geregelt. Dieser ist bindend.

6.4 Besuchsregelung

Um die bestehenden Kontakte zu erhalten, ist Besuch erwünscht und nach Absprache und Voranmeldung mindestens 1 Woche zuvor, jederzeit möglich.

Kontaktinformationen

Unser Anliegen war es, Sie über die Einrichtung zu informieren und diese kurz vorzustellen. Für eventuelle Rückfragen bezüglich Konzeption, Hausordnung oder Aufnahme eines Klienten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Zu unseren Bürozeiten von 9.00 bis 12.30 Uhr sind wir unter der Telefonnummer 09657/92210 zu erreichen.

Unsere Hausanschrift:

Reha-Zentrum Oberpfalz e.V.

Bernriether Straße 35

92727 Waldthurn

Internet: www.reha-zentrum-oberpfalz.de

E-Mail: reha-zentrum.opf@t-online.de